



GlobalHealth

Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

# AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

---

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)  
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo),  
y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)  
[www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com)

GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

## Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP). Habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento contiene información acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**

#### Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios aplican a usted
  - Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
    - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
    - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, lo que incluye las restricciones de la cobertura y los costos compartidos.
    - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
    - Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
    - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para saber si algunos de estos medicamentos se moverán a una categoría diferente de costo compartido o si estarán sujetos a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.
  - Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
  - Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
  - Piense si está conforme con nuestro plan.

**2. COMPARE:** obtenga más información sobre otras opciones de plan

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Utilice el Localizador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita más apoyo, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para conversar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- Puede **cambiarse a un plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto le desafiliará de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en ella (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó hace poco tiempo a una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que se mude.

**Recursos adicionales**

- Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.
- Esta información también está disponible en otros idiomas y en formatos alternativos.
- **La cobertura conforme a este plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Información sobre Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)**

- GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

- Cuando en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa GlobalHealth, Inc.. Cuando se mencionen “plan” o “nuestro plan”, significa Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).

H3706\_006\_025ANOCSS2025\_M

## ***Aviso Anual de Cambios para el 2025***

### **Índice**

<b>Resumen de Costos Importantes para el 2025 .....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente .....</b>	<b>14</b>
Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual .....	14
Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo .....	14
Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias .....	14
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos .....	15
Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	16
<b>SECCIÓN 2 Cambios Administrativos .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir .....</b>	<b>23</b>
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) ...	23
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan .....	23
<b>SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan .....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare ....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>26</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) ...	26
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	27

## Resumen de Costos Importantes para el 2025

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 para Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
<b>Suma máxima de su bolsillo</b>	\$3,900	\$3,900
Esta es la suma <u>máxima</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta  Consultas con un especialista: \$35 por consulta	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta  Consultas con un especialista: \$35 por consulta
<b>Internación en hospital</b>	Usted paga \$275 de copago por día para los días 1 a 7.  No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90.  No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.	Usted paga \$275 de copago por día para los días 1 a 7.  No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90.  No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0  Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:  Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días:	Deducible: \$0  Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:  Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días:

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$10</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$10</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 2: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$42                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$90                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 2: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$42                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$90                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$10</li> </ul>	<p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$5</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$10</li> </ul>



Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$47                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$100                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$5</li> </ul>	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$5</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$42                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$90                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$42                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$90                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$15</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$30</li> </ul>	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$15</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$30</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$141                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$300                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$141                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$300                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> </ul>	<p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$84                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$270                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$84                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$270                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$15</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$30</li> </ul>	<p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$15</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$30</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$141                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$300                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$141                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$300                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> </ul>	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$84                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$270                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 3: \$84                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$270                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>Cobertura de catástrofe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.</li> </ul>	<p><b>Cobertura de catástrofe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

### Sección 1.1 –Cambios en la Prima Mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	\$100 por mes	\$90 por mes

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

### Sección 1.2 –Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Suma máxima de su bolsillo</b> Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para el monto máximo de su bolsillo. Su costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de su bolsillo.	\$3,900	\$3,900
		Una vez que haya pagado \$3,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3 –Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de

los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrà cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. **Consulte el *Directorio de proveedores 2025*, en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrà cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2025*, en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

## Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

El próximo año, realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Servicios dentales: cubiertos por Medicare</b>	Se necesitan autorización y remisión previas	<u>No</u> se necesitan autorización y remisión previas.
<b>Servicios dentales: preventivos</b>	Exámenes orales limitados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes limitados: 3 por período de 12 meses</li> <li>• Exámenes de rutina: 2 por período de 12 meses</li> <li>• Exámenes integrales: 1 por período de 36 meses</li> </ul>	Los exámenes orales se limitan a 2 por año.
<b>Beneficio de alimentos</b>	Se necesita autorización previa.	<u>No</u> se necesita autorización previa.
<b>Beneficio Smart Wallet</b>	Usted tiene un monto de beneficios de \$150 por trimestre	Usted tiene un monto de beneficios de \$55 por trimestre



Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos agrícolas, y combustible. Los montos no utilizados <u>no</u> se transfieren al siguiente trimestre.  Usted tiene un monto de beneficios de \$1,000 por año para los gastos de servicios dentales, de la vista y de la audición.	para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y combustible, y gastos de servicios dentales, de la vista o de la audición. Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año.
<b>Transporte</b>	El transporte terrestre que no sea de emergencia hacia un centro de salud aprobado por el plan tiene un límite de 30 viajes de ida por año.	El transporte terrestre que no sea de emergencia hacia un centro de salud aprobado por el plan tiene un límite de 36 viajes de ida por año.
<b>Atención para la vista: examen ocular complementario y anteojos</b>	Pagaremos hasta un total de \$200 por anteojos complementarios y lentes de contacto cada dos años. Usted paga el monto que excede esta asignación.	Pagaremos hasta un total de \$200 por anteojos complementarios y lentes de contacto cada año. Usted paga el monto que excede esta asignación.

## Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos, o incluirlos en una categoría diferente de costo compartido. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y saber si existe alguna restricción, o si su medicamento ha sido incluido en una categoría diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la Lista de Medicamentos más actualizada. Si realizamos algún cambio que afectará su acceso a algún medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporario, solicitar una excepción o colaborar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

En la actualidad podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica en una categoría de costo compartido igual o más baja y con las mismas, o menos, restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente cambiarlo a una categoría de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambos.

A partir de 2025, podremos reemplazar de forma inmediata productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un producto biológico original que se reemplaza con un biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos o reciba un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, igual recibirá la información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede que este aviso llegue después de que hayamos hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos al consumidor. Consulte la página web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede llamar a Servicio al Cliente, o consultar con su proveedor de atención médica, persona que emite la receta o farmacéutico, si desea más información.

### **Cambios en los beneficios y los costos de medicamentos recetados**

**Nota:** Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso. Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe Ayuda Adicional y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2024, llame a Servicio al Cliente y pida la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pagos de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Catástrofe. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuento de la Brecha en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de la Brecha en la Cobertura también se reemplazará con el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y los medicamentos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Los descuentos que paguen los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial**

Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios del 2024 para 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Categoría 1, genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Categoría 2, genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Categoría 1, genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p><b>Categoría 2, genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p>Usted paga \$5 por receta médica.</p>	<p>Usted paga \$5 por receta médica.</p>
	<p><b>Categoría 3, marca preferida:</b></p>	<p><b>Categoría 3, marca preferida:</b></p>
	<p><i>Costo compartido estándar:</i></p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i></p>
	<p>Usted paga \$47 por receta médica.</p>	<p>Usted paga \$47 por receta médica.</p>
	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i></p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i></p>
	<p>Usted paga \$42 por receta médica.</p>	<p>Usted paga \$42 por receta médica.</p>
	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>
	<p><b>Categoría 4, medicamento no preferido:</b></p>	<p><b>Categoría 4, medicamento no preferido:</b></p>
	<p><i>Costo compartido estándar:</i></p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i></p>
	<p>Usted paga \$100 por receta médica.</p>	<p>Usted paga \$100 por receta médica.</p>
	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i></p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i></p>
	<p>Usted paga \$90 por receta médica.</p>	<p>Usted paga \$90 por receta médica.</p>
	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>	<p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<p><b>Categoría 5, medicamentos de especialidad:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p><b>Categoría 5, medicamentos de especialidad:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total. Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura de Catástrofe).</p>

**Cambios en la Etapa de Cobertura de Catástrofe**

La Etapa de Cobertura de Catástrofe es la tercera etapa y la final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y los medicamentos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Los descuentos que paguen los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

**Si usted alcanza la Etapa de Cobertura de Catástrofe, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura de Catástrofe, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios Administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p><b>Servicios dentales: servicios integrales</b></p>	<p>Lista de nombres de categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios</li> </ul>	<p>Nueva lista de nombres de categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia, removible</li> <li>• Prótesis maxilofacial</li> <li>• Prostodoncia, fija</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> <li>• Servicios generales complementarios</li> </ul> <p>Solo es posible que cambien los códigos dentales incluidos en cada una de las categorías en la Tabla de beneficios dentales (<i>Evidencia de Cobertura</i>, Capítulo 4). El costo compartido del servicio específico no cambiará.</p>
<p><b>Horario de atención de los servicios de apoyo de atención médica domiciliaria (Papa Pals)</b></p>	<p>De 8:00 a. m. a 10:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana</p>	<p>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana  (excepto el Día de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo)</p>

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b>	No aplicable	<p>El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos y puede ayudarle a administrar los gastos para los medicamentos repartíéndolos en <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-280-5555 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.</p>
<b>Información de contacto para las quejas de la Parte D</b>	<p>Fax: 1-866-217-3353</p> <p>Correo: CVS Caremark Part D Services, Grievances Department, P.O. Box 30016, Pittsburg, PA 15222-0330</p>	<p>Fax: 405-280-5294</p> <p>Correo: GlobalHealth, Inc., P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101</p>
<b>Medicamentos recetados: categoría de excepción</b>	Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 4.	Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 5.
<b>Información de la Organización de Mejoramiento de la Calidad</b>	KEPRO	Acentra Health

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<a href="https://www.keproqio.com/">https://www.keproqio.com/</a>	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

## SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

### Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

**Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).

### Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse a 2025, siga estos pasos:

#### Paso 1: Obtenga información sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *–O BIEN–* puede cambiarse a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, comuníquese con el Programa estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).



- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *–O BIEN–* comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2025.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Ejemplos incluyen a personas que tienen Medicaid, personas que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, personas que tienen o que abandonarán la cobertura del empleador, y personas que se mudan del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1. de enero de 2025 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en ella (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó hace poco tiempo a una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que se mude.

## SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP se denomina Senior Health Insurance Counseling Program.

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarlo a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y

responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar a Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Para conocer más sobre Senior Health Insurance Counseling Program, puede visitar su sitio web (<https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>).

## SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a alguno de los siguientes contactos:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - La Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Oklahoma tiene un programa llamado RX for Oklahoma que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para conocer más sobre este programa, verifique con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluyendo la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de los medicamentos, que inicia en 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su actual cobertura de medicamentos y puede ayudarle a administrar los gastos de los medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni a reducir sus gastos de medicamentos.**
- La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda brindada por su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y su Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), para quienes califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711) o visite Medicare.gov.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año).**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y los costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* para Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

---

## Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, realice lo siguiente:

### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Visite el Sitio Web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre los costos, la cobertura y la Calificación con Estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### Lea *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se envía cada otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Aviso de disponibilidad de materiales electrónicos**

GlobalHealth proporciona importantes materiales del plan que le explican cómo usar sus beneficios del plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en línea en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), a más tardar, para el 15 de octubre de 2024. Si desea una copia en papel de cualquier material, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

### **Evidencia de Cobertura**

La *Evidencia de Cobertura* (EOC) básicamente es su Manual para miembros. Incluye información detallada sobre los beneficios, los costos compartidos y las reglas de cobertura de su plan. Por ejemplo, si no sabe si un servicio requiere autorización previa o no, puede encontrar esa información en la *EOC* de su plan.

### **Directorio de proveedores**

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención de un proveedor de la red.

### **Formulario de Medicamentos\***

El *Formulario de Medicamentos* (Lista de Medicamentos Cubiertos) le proporciona información sobre los medicamentos recetados que están cubiertos en su plan, incluida su colocación en niveles, y la disponibilidad de pedido por correo. Además, en el *Formulario de Medicamentos* se detalla si un medicamento recetado está sujeto a autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad.

### **Directorio de Farmacias\***

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una farmacia de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Su costo compartido puede ser menor en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

**Puede solicitar copias en papel del material anterior llamando al:**

**Servicio al Cliente de GlobalHealth**

**Sin cargo:** 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

### **Su derecho a que lo excluyan de las llamadas de planes comerciales**

De vez en cuando, es posible que el plan de salud llame a afiliados actuales, incluidos aquellos en productos que no sean de Medicare, para analizar el plan comercial (ejemplos de esto incluyen llamadas a los afiliados que pasan a Medicare desde productos comerciales ofrecidos por la misma organización a los afiliados existentes del plan Medicaid para hablar sobre sus productos de Medicare, y las llamadas a afiliados de MA actuales para promover otros tipos de planes de Medicare o analizar los beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede darse de baja llamándonos al número que se detalla al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

\*Sólo se aplica a planes con cobertura de medicamentos recetados. GlobalHealth cumple todos los derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad

o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711).

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-280-5555 (toll free) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-280-5555（免费电话）(TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-280-5555 (免費電話) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (libre na toll) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-280-5555 (appel gratuit) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-280-5555 (số điện thoại miễn cước) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-280-5555 (gebührenfrei) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-280-5555 (수신자 부담) (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-280-5555 (бесплатно) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 (الرقم المجاني) (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (टोल फ्री) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-280-5555 (numero verde) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (número de telefone gratuito) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-280-5555 (nimewo telefòn gratis) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-280-5555 (bezpłatnie) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-280-5555 (フリーダイヤル) (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が 支援いたします。これは無料のサービスです。











Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)  
de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y  
de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)  
[www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com)