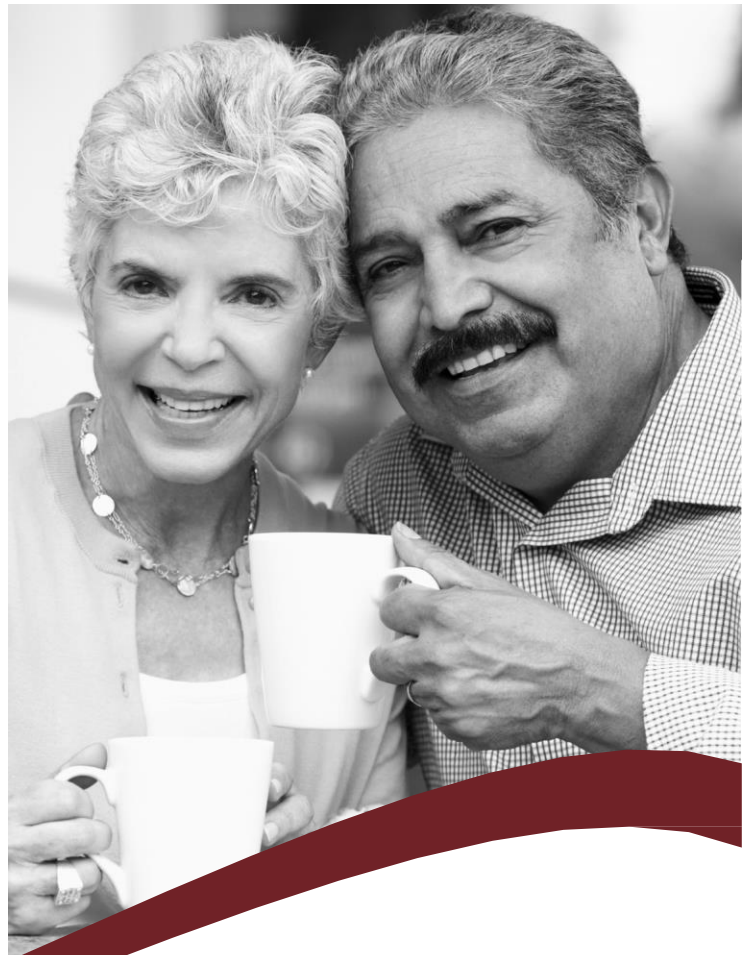




Aviso anual de cambios

1 de enero a 31 de
diciembre de 2022



Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

1-844-280-5555 (TTY: 711)
8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana
(1 de octubre a 31 de marzo)
8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes
(1 de abril a 30 de septiembre)
www.GlobalHealth.com

GlobalHealth es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

H3706_OSRANOC_2022_M

Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Usted actualmente está inscrito como miembro de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

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

Lo que debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios los servicios que usa?
 - Consulte las Secciones 1.2 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esas farmacias?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información de los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros) en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Esos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información anual sobre los precios de los

medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas con los que va a consulta con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare
 - Revise la lista en la parte de atrás de su guía *Medicare y usted 2022*.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Más información

- Comuníquese con nuestro número de Atención al cliente al 1-844-280-5555 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
- Esta información también está disponible en español y en letra grande.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura médica elegible (QHC)** y satisface el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Acerca de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

- GlobalHealth es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a GlobalHealth, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

H3706_OSARANOC_2022_M

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla de abajo compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los costos o beneficios lo afectan. También puede llamar a Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener información.</p>	\$206	\$205
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es la cantidad máxima que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información).</p>	\$3,450	\$3,450
<p>Visitas en el consultorio</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas con especialistas: \$20 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas con especialistas: \$20 por visita</p>
<p>Estancias de pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización por cuidados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en lo ingresan formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Usted hace un copago de \$250 por ingreso.</p>	<p>Por cada estancia cubierta por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$50 por día durante los días 1 a 5. • No hay coseguro, copago ni deducible por más días ilimitados por ingreso.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener información).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$10 • Nivel de medicamentos 2: \$20 • Nivel de medicamentos 3: \$47 • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total. <p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$5 • Nivel de medicamentos 2: \$15 • Nivel de medicamentos 3: \$42 • Nivel de medicamentos 4: 40 % del costo total • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$5 • Nivel de medicamentos 2: \$20 • Nivel de medicamentos 3: \$47 • Nivel de medicamentos 4: \$100 • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total. <p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$15 • Nivel de medicamentos 3: \$42 • Nivel de medicamentos 4: \$95 • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$10 • Nivel de medicamentos 2: \$20 • Nivel de medicamentos 3: \$47 • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total. 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$5 • Nivel de medicamentos 2: \$20 • Nivel de medicamentos 3: \$47 • Nivel de medicamentos 4: \$100 • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total.
	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$5 • Nivel de medicamentos 2: \$15 • Nivel de medicamentos 3: \$42 • Nivel de medicamentos 4: 40 % del costo total • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total. 	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$15 • Nivel de medicamentos 3: \$42 • Nivel de medicamentos 4: \$95 • Nivel de medicamentos 5: 33 % del costo total.
	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$30 • Nivel de medicamentos 2: \$60 • Nivel de medicamentos 3: \$141 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$15 • Nivel de medicamentos 2: \$60 • Nivel de medicamentos 3: \$141

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total <p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$84 • Nivel de medicamentos 4: 40 % del costo total <p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$30 • Nivel de medicamentos 2: \$60 • Nivel de medicamentos 3: \$141 • Nivel de medicamentos 4: 50 % del costo total <p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$84 • Nivel de medicamentos 4: 40 % del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 4: \$300 <p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$84 • Nivel de medicamentos 4: \$190 <p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$15 • Nivel de medicamentos 2: \$60 • Nivel de medicamentos 3: \$141 • Nivel de medicamentos 4: \$300 <p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamentos 1: \$0 • Nivel de medicamentos 2: \$0 • Nivel de medicamentos 3: \$84 • Nivel de medicamentos 4: \$190

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en el beneficio y el costo para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	20
Sección 3.1: Si quiere permanecer en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).....	20
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan.....	20
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	21
SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratuita sobre Medicare.....	21
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	22
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).....	22
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23

SECCIÓN 1 Cambios en el beneficio y el costo para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$206	\$205

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para recibir nuestra cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten cuánto paga de “gastos de bolsillo” durante el año. Este límite se llama “máximo de gastos de bolsillo”. Una vez que alcanza esa cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de gastos de 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 la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de proveedores* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Hay varios motivos por los que su proveedor podría dejar el plan, pero si el médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos dado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La información abajo describe los cambios. Para obtener información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en la *Evidencia de cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de los opioides
- Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Orientación por consumo de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas de toxicología
- Actividad de consumo
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	<u>No</u> se necesita autorización previa.	Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
COVID-19	Los costos compartidos no se aplican para el tratamiento de COVID-19 incluso si se levanta la emergencia de salud pública: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia • Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare • Servicios de observación 	Los costos compartidos <u>no</u> se eximen fuera de una emergencia de salud pública.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas con especialistas • Visitas de enfermería especializada • Servicios de atención de urgencia 	
<p>Atención médica en el hospital para pacientes hospitalizados</p>	<p>Para estancias cubiertas por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$250 por ingreso. <p>Un período de beneficios comienza el día de su ingreso como paciente hospitalizado y finaliza después de no haber recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p>Para cada estancia cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$50 por día durante los días 1 a 5. • No hay coseguro, copago ni deducible por más días ilimitados por ingreso.
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>Por cada estancia cubierta por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados. <p>Un período de beneficios comienza el día de su ingreso como paciente hospitalizado y finaliza después de no haber recibido atención hospitalaria durante 60 días seguidos. Si ingresa</p>	<p>Por cada estancia cubierta por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$50 por día durante los días 1 a 5. • No hay coseguro, copago ni deducible por más días ilimitados por ingreso.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>en un hospital después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>	
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>Si un proveedor del plan lo diagnosticó y cumple ciertos criterios para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Enfermedad de las arterias coronarias (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera <p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles.</p> <p>Es elegible para 10 comidas después del alta como paciente hospitalizado, hasta 4 veces al año.</p>	<p><u>No</u> hay ningún requisito de estado de enfermedad.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas.</p> <p>Limitado a 2 comidas al día durante 5 días, para un total de 10 comidas, hasta de 4 altas al año.</p>
<p>Línea de enfermería</p>	<p>La línea de enfermería <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las consultas a la línea de enfermería.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>No</u> se necesita autorización previa.</p>	<p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios de observación</p>	<p><u>No</u> se necesita autorización previa.</p>	<p>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos con receta: Nivel 1	Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:	Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$5
	Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:	Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$5 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible.
	Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:	Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$10 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$5
	Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:	Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$5 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible
	Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:	Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$30 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$15
	Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:	Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:
	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible.
	Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:	Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$30 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$15
	Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:	Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:
	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay coseguro, copago ni deducible.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos con receta: Nivel 4	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 50 % del costo total 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$100
	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 40 % del costo total 	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$95
	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 50 % del costo total 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$100
	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 40 % del costo total 	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 30 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$95
	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 50 % del costo total 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$300
	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 40 % del costo total 	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en la farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$190
	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 50 % del costo total 	<p>Costo compartido estándar de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$300
	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 40 % del costo total 	<p>Costo compartido preferido de un suministro para 90 días en pedido por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted hace un copago de \$190

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos con receta: período sin cobertura adicional	Para los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos antidiabéticos orales de Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de cobertura inicial o el 25 % del costo, lo que sea menor.	Para los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y los medicamentos antidiabéticos orales de Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de cobertura inicial.
Transporte	<p>Si un proveedor del plan lo diagnosticó y cumple ciertos criterios para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Enfermedad de las arterias coronarias (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera <p>Nuestro equipo de administración de casos se encargará de su transporte.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles.</p> <p>Usted es elegible para 12 viajes de ida y vuelta desde y hacia las citas con el médico.</p>	<p><u>No</u> hay ningún requisito de estado de enfermedad.</p> <p>Transporte terrestre que no sea de emergencia para obtener la atención y los servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugares aprobados por el plan limitados a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas en el consultorio ○ Citas para análisis de laboratorio ○ Citas para quimioterapia/radiación/diálisis ○ Visitas al hospital para pacientes ambulatorios ○ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 12 viajes de ida por año; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes de ida • Los viajes están limitados a 50 millas, de ida <p>Puede organizar su</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		transporte a través de RoundTrip. No hay coseguro, copago ni deducible. Cualquier cantidad que pague por viajes a una distancia mayor del límite de viaje o lugar no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”. Se le enviará una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabaje con su médico (u otro proveedor que receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Atención al cliente.
- **Trabaje con su médico (u otro proveedor que receta) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones a la lista de medicamentos cubiertos no continúan año tras año. Deberá enviar una nueva solicitud de excepciones a la lista de medicamentos cubiertos cada año.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando hacemos esos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro proveedor que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y daremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los

medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que lo informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional” si no ha recibido este prospecto antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Atención al cliente y solicite la “Cláusula adicional de LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted esté. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información abajo muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en esas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los costos o beneficios lo afectan. También puede llamar a Atención al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	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

Para los medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos), su costo compartido en la etapa de cobertura inicial está cambiando de coseguro a copago. Vea el siguiente cuadro para ver los cambios de 2021 a 2022. Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Para 2021, usted pagó un coseguro del 40 % en las farmacias de costos compartidos preferidos y el 50 % de coseguro en las farmacias de costos compartidos estándar por medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos). Para 2022, pagará un copago de \$100 en las farmacias de costos compartidos preferidos y \$90 en las farmacias de costos compartidos estándar por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por receta.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 40 % del costo total.</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos especializados):</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por receta.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos especializados):</p>

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p>	<p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con medicamentos con altos costos de medicamentos.

La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica. Para la Etapa de período sin cobertura, para los medicamentos del Nivel 4, su costo compartido está cambiando de coseguro a copago. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Avisos de Explicación de beneficios	Usted recibe un aviso de GlobalHealth para los servicios de la Parte C y un aviso de CVS para los servicios de la Parte D.	Usted recibe un aviso de GlobalHealth para la mayoría de los servicios de la Parte C, avisos de los proveedores para otros servicios de la Parte C, un aviso de CVS para sus servicios de la Parte D.

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cambios de PCP	Los cambios en su PCP entran en vigencia de inmediato.	Los cambios en su PCP entran en vigencia el primer día del mes siguiente.
Reducción del área de servicio	Adair, Alfalfa, Atoka, Blaine, Bryan, Caddo, Canadian, Carter, Cherokee, Cleveland, Cotton, Craig, Creek, Custer, Dewey, Garfield, Garvin, Grady, Grant, Haskell, Hughes, Jefferson, Kingfisher, Kiowa, Lincoln, Logan, Love, Major, Mayes, McClain, McIntosh, Murray, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Rogers, Seminole, Stephens, Tillman, Tulsa, Wagoner, Woods	Bryan, Caddo, Canadian, Carter, Cleveland, Creek, Garfield, Garvin, Grady, Hughes, Lincoln, Logan, Mayes, McClain, McIntosh, Muskogee, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Rogers, Seminole, Tulsa Wagoner
Vista	Examen de la vista de rutina: Debe usar los proveedores de una red. Anteojos y lentes de rutina y después de la operación de cataratas: Puede ir a cualquier proveedor de anteojos y lentes.	Examen de la vista de rutina: Debe usar un proveedor de la red EyeMed. Anteojos y lentes de rutina y después de la operación de cataratas: Debe ir a un proveedor de la red EyeMed.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere permanecer en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

Para permanecer en su plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).

Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiarse para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente a tiempo,
- *O BIEN:* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea la guía *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vea la Sección 5) o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura:

- Para **cambiarse a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información de cómo hacerlo (los teléfonos están en la Sección 7.1 de este folleto).
- - o - Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Hay otras épocas del año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o van a dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que dan orientación gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Oklahoma, SHIP se llama Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores.

El Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación local **gratuita** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros del Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores al 1-800-763-2828. Puede obtener más información sobre el Programa de Orientación sobre Seguros Médicos para Adultos Mayores visitando su sitio web

(www.ship.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Mucha gente es elegible y ni siquiera lo sabe. Para saber si califica, llame al:
 - 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 entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Oklahoma (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Oklahoma (HDAP) al (405) 426-8400.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin costo). (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratis.

Lea la *Evidencia de cobertura 2022* (tiene información sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2022* para Generations State of Oklahoma Group Retirees (HMO). La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los costos o beneficios lo afectan. También puede llamar a Atención al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). El sitio tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer la guía *Medicare y usted 2022*. Cada año en el otoño, enviamos este folleto por correo a las personas con Medicare. En el folleto encontrará un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



GlobalHealth

Servicio al cliente: 1-844-280-5555

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

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

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

www.GlobalHealth.com