



GlobalHealth
Oklahoma

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero al
31 de diciembre de 2023

Opciones de Planes Generations Medicare Advantage:

- Generations Chronic Care (HMO C-SNP)
- Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
- Generations Dual Support (HMO D-SNP)
- Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

1-844-280-5555(TTY: 711)

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

H3706_SBSNPSP_2023_M

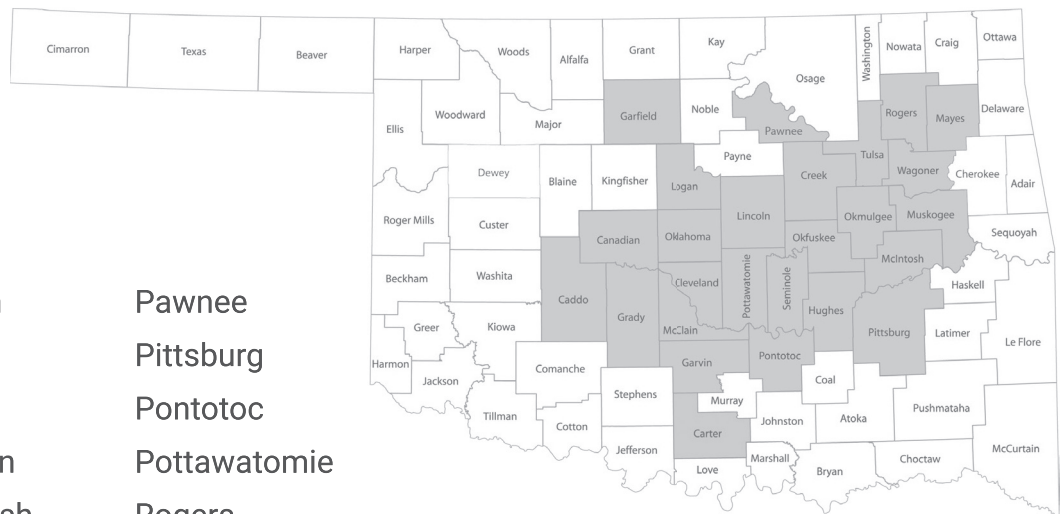
GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para los planes D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

Para unirse a **GlobalHealth**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Para inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) de GlobalHealth, debe padecer una de las siguientes afecciones médicas: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular. Para inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) de GlobalHealth, debe ser elegible para Medicare y tener uno de los siguientes estados de Medicaid:

- Generations Dual Support (HMO D-SNP): QMB, QMB+, SLMB+, o FBDE
- Generations Premier (HMO D-SNP): QMB+, SLMB+ o FBDE

2023 Service Area



Caddo	Lincoln	Pawnee
Canadian	Logan	Pittsburg
Carter	Mayes	Pontotoc
Cleveland	McClain	Pottawatomie
Creek	McIntosh	Rogers
Garfield	Muskogee	Seminole
Garvin	Okfuskee	Tulsa
Grady	Oklahoma	Wagoner
Hughes	Okmulgee	

Esta información de beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la “Evidencia de Cobertura”. Puede encontrar la Evidencia de Cobertura en línea en www.GlobalHealth.com o puede solicitar una copia a Servicio al Cliente llamando al 1-844-280-5555 (sin cargo) (TTY: 711).

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**” actual. Véala en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos, como letra grande y en español.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-280-5555 (TTY: 711) o visítenos en www.GlobalHealth.com



GlobalHealth

Medicare Advantage Plans



Resumen de Beneficios de los Planes GlobalHealth Generations de Medicare Advantage

Planes Generations Medicare Advantage

Resumen de beneficios

Desde el 1 de enero del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2023

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios adicionales a los beneficios de la Parte C.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas y la insulina: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido en la que se encuentre. Llame a Atención al cliente para obtener más información.

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Prima Mensual del Plan (debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$0 por mes	\$100 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Responsabilidad de Gasto Máximo de Bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) (no incluye beneficios complementarios ni medicamentos con receta)	\$3,450	\$3,900	\$3,650	\$3,650
BENEFICIOS DE LA PARTE C				
Cobertura de Hospitalización ^{1,2}	\$195 de copago por día (Días 1-7); \$0 de copago por día (Días 8-90)	\$275 de copago por día (Días 1-7); \$0 de copago por día (Días 8-90)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 90)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 90)
Cirugía en Hospital para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$225 de copago por consulta	\$275 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Servicios de Observación Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$225 de copago por consulta	\$275 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Centro de Cirugía Ambulatoria ^{1,2}	\$175 de copago por consulta	\$225 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Consultas al doctor	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$20 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$35 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con especialistas^{1,2}
Servicios médicos preventivos	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare
Atención Médica de Emergencia	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a la unidad de cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a la unidad de cuidados intensivos	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Atención Médica de Emergencia a Nivel Mundial (no se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente
Servicios Requeridos Urgentemente	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Atención Médica Urgente a Nivel Mundial (no se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia

1 = Se Requiere Autorización Previa
2 = Se Requiere Remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Análisis de Laboratorio, Radiografías, etc. para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo
Radiología Terapéutica para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Radiología de Diagnóstico (resonancia magnética [RM], etc.) para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> \$175 de copago por consulta a un PCP, a un especialista, de atención médica urgente o en un centro de radiología independiente \$225 de copago por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> \$180 de copago por consulta a un PCP, a un especialista, de atención médica urgente o en un centro de radiología independiente \$275 de copago por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios 	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$20 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista^{1,2} • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$35 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista^{1,2} • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$0 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista^{1,2} • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$2,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$0 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista^{1,2} • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$2,000 por audífonos por año
<p>Servicios de audición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$3,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 copago por servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$4,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 copago por servicios integrales
<p>Servicios dentales (El coseguro para servicios integrales no se acumula en el MOOP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$3,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 copago por servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$4,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 copago por servicios integrales

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Servicios para la Vista	<ul style="list-style-type: none"> \$20 por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a 1 por año Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los elementos para la vista complementarios por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$35 por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a 1 por año Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los elementos para la vista complementarios por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a 1 por año Nuestro plan paga hasta un total de \$300 por todos los elementos para la vista complementarios por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a 1 por año Nuestro plan paga hasta un total de \$400 por todos los elementos para la vista complementarios por año
Atención de Salud Mental para Pacientes Internados^{1,2}	\$195 de copago por día (entre el Día 1 y el Día 7); \$0 de copago por día (entre el Día 8 y el Día 90)	\$275 de copago por día (entre el Día 1 y el Día 7); \$0 de copago por día (entre el Día 8 y el Día 90)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 90)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 90)
Consulta de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios^{1,2}	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Centro de Enfermería Especializada (SNF)^{1,2}	\$0 de copago por día (entre el Día 1 y el Día 20); \$184 de copago por día (entre el Día 21 y el Día 100)	\$0 de copago por día (entre el Día 1 y el Día 20); \$184 de copago por día (entre el Día 21 y el Día 100)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 100)	\$0 de copago (entre el Día 1 y el Día 100)
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios^{1,2} (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Ambulancia (Viaje de ida o de regreso, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos)	<ul style="list-style-type: none"> \$240 por evento por vía terrestre Usted paga 20% del costo por evento por vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> \$240 por evento por vía terrestre Usted paga 20% del costo por evento por vía aérea 	\$0 de copago	\$0 de copago
Transporte ¹ (hacia y desde lugares aprobados por el plan)	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por viaje Limitado a 24 viajes de ida por año Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por viaje Limitado a 24 viajes de ida por año Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por viaje Limitado a 36 viajes de ida por año Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por viaje Limitado a 36 viajes de ida por año Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso
Medicamentos de la Parte B de Medicare ^{1,2,3} (incluye quimioterapia)	Usted paga 20% del costo	Usted paga 20% del costo	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios quiroprácticos	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios de Podología ^{1,2}	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Acupuntura ^{1,2}	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios de Atención Médica Domiciliaria ^{1,2}	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Equipo Médico Duradero ¹ (por ejemplo, monitores continuos de glucosa [continuous glucose monitors, CGM], sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro de 20%	Coseguro de 20%	\$0 de copago	\$0 de copago
Suministros Estándar para Pruebas de la Diabetes ¹	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

3 = Puede estar sujeto a terapia escalonada de la Parte B

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Prótesis y Suministros Relacionados ¹ (p. ej., dispositivos ortopédicos y prótesis ortopédicas)	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos 20% de coseguro para dispositivos externos y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos 20% de coseguro para dispositivos externos y suministros médicos 	\$0 de copago	\$0 de copago
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D				
Fase 1: Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Fase 2: Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$4,660	\$4,660	\$4,660	\$4,660
Categoría 1: Medicamentos Genéricos Preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)*	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 2: Medicamentos Genéricos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)*	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 3: Medicamentos de Marca Preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)*	<ul style="list-style-type: none"> \$42 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$42 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

1 = Se Requiere Autorización Previa

*Los costos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los costos compartidos específicos de las farmacias adicionales y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos más reciente. La lista de medicamentos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Categoría 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)*	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 5: Medicamentos Especializados (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)*	<ul style="list-style-type: none"> 33% del costo por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> 33% del costo por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 1: (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)*	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 2: (Suministro de 100 Días en Farmacia Minorista Preferida y Pedido por Correo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 3: (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)*	<ul style="list-style-type: none"> \$84 de copago por surtido \$84 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$84 de copago por surtido \$84 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)*	<ul style="list-style-type: none"> \$270 de copago por surtido \$105 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$270 de copago por surtido \$105 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

*Los costos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los costos compartidos específicos de las farmacias adicionales y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos más reciente. La lista de medicamentos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
<p>Fase 3: Etapa de Brecha en Cobertura⁴ (Después de que sus costos de recetas alcancen los \$4,660)</p>	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos genéricos de Categoría 1. Los miembros pagan el 25% del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de Marca Registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70% se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de marca registrada de Categoría 1 o para medicamentos antihipertensivos orales de Categoría 3. Los miembros pagan el 25% del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca. 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos genéricos de Categoría 1. Los miembros pagan el 25% del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de Marca Registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70% se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de marca registrada de Categoría 1 o para medicamentos antihipertensivos orales de Categoría 3. Los miembros pagan el 25% del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca. 	<p>\$0 de copago por surtido</p>	<p>\$0 de copago por surtido</p>

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
	<p>Insulinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros no pagan más de \$35 por un suministro para 30 días de insulinas. 	<p>Insulinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros no pagan más de \$35 por un suministro para 30 días de insulinas. 		
<p>4: Etapa de Cobertura en Caso de Catástrofe (Después de que haya pagado \$7,400 de gastos de bolsillo)</p>	<p>Usted paga la cantidad mayor de un 5% del costo del medicamento o \$4.15 por medicamentos genéricos/ \$10.35 por medicamentos de marca registrada.</p>	<p>Usted paga la cantidad mayor de un 5% del costo del medicamento o \$4.15 por medicamentos genéricos/ \$10.35 por medicamentos de marca registrada.</p>	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS				
Smart Wallet	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 por año para servicios auditivos, dentales o para la vista \$150 por trimestre para artículos de venta libre o para alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 por año para servicios auditivos, dentales o para la vista \$150 por trimestre para artículos de venta libre o para alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 por año para servicios auditivos, dentales o para la vista \$150 por mes para artículos de venta libre, servicios públicos o alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,250 por año para servicios auditivos, dentales o para la vista \$150 por mes para artículos de venta libre, servicios públicos o alimentos y productos agrícolas
<p>Cuidado de Rutina de los Pies^{1,2} (No se acumula en el MOOP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> \$20 de copago por consulta Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$35 de copago por consulta Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> No está cubierto

4 = Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas de los costos que cuentan para esta cantidad.

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Beneficio de Venta Libre (incluida la terapia de reemplazo de nicotina)	\$150 por trimestre junto con la asignación para alimentos y productos agrícolas	\$150 por trimestre junto con la asignación para alimentos y productos agrícolas	\$150 por mes junto con la asignación tanto para alimentos y productos agrícolas como para la asistencia de servicios públicos	\$150 por mes junto con la asignación tanto para alimentos y productos agrícolas como para la asistencia de servicios públicos
Acondicionamiento Físico	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Entrega de Comidas Posterior al Alta Médica¹	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por comida Limitada a 14 comidas después del alta médica Se limita a 4 veces por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por comida Limitada a 14 comidas después del alta médica Se limita a 4 veces por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por comida Limitada a 42 comidas después del alta médica Se limita a 4 veces por año 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por comida Limitada a 42 comidas después del alta médica Se limita a 4 veces por año
Servicios apoyo en el hogar	60 horas por año	60 horas por año	60 horas por año	60 horas por año



Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (TTY: 711)

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

Directorio de Proveedores: www.GlobalHealth.com

Directorio de Farmacias: www.GlobalHealth.com

Puede ver la lista completa de medicamentos cubiertos por el plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com.

Fraude, derroche y abuso: GlobalHealth se compromete a combatir el fraude, el derroche y el abuso en la atención médica. Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare, llame a nuestra línea directa: 1-877-280-5852.

Prospecto en varios idiomas

Servicios de intérprete en varios idiomas

Inglés: 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 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: 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 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 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 (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。

Chino cantonés: 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 (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。

Tagalo: 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 (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 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: 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 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

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

Ruso: 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 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:

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 (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 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: 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 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

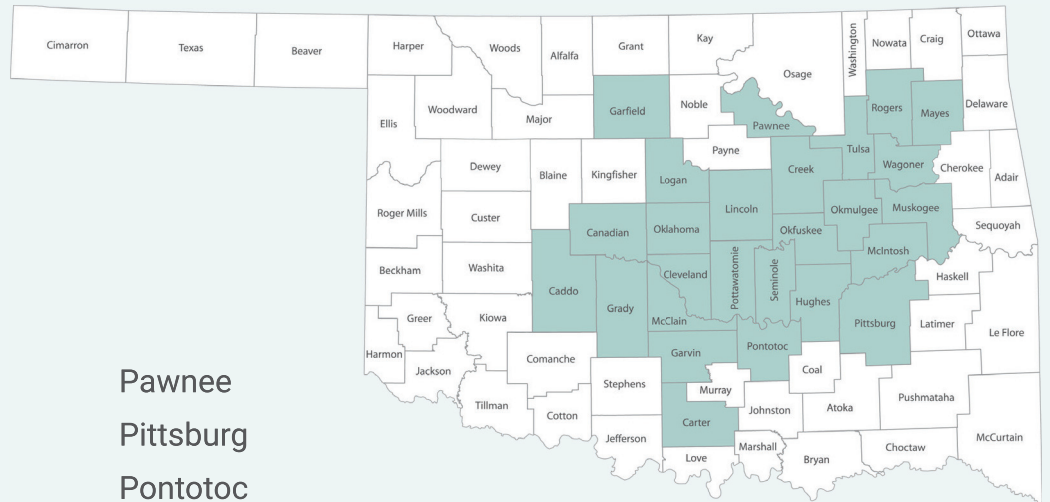
Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este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

Criollo francés: 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 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 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 (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。

2023 Service Area



Caddo	Lincoln	Pawnee
Canadian	Logan	Pittsburg
Carter	Mayes	Pontotoc
Cleveland	McClain	Pottawatomie
Creek	McIntosh	Rogers
Garfield	Muskogee	Seminole
Garvin	Okfuskee	Tulsa
Grady	Oklahoma	Wagoner
Hughes	Okmulgee	



GlobalHealth

Planes de Medicare Advantage

Si tiene preguntas o quiere suscribirse:

1-844-280-5555(TTY: 711)

www.GlobalHealth.com

Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado.

Fraude, derroche y abuso: GlobalHealth se compromete a combatir el fraude, el derroche y el abuso en la atención médica.

Si sospecha de fraude, derroche o abuso por parte de Medicare, llame a nuestra línea directa al 1-877-280-5852.

Con base en una revisión del Modelo de Atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) aprobó a GlobalHealth a fin de administrar un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) durante el 2023.

GlobalHealth cumple todos los derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.