



GlobalHealth

Generations Valor
(HMO-POS)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Del 1 de enero al
31 de diciembre del 2023

1-844-280-5555 (sin cargo)

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

GlobalHealth es un plan HMO/SNP HMO 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.

H3706_009_ANOC_SP_2023_M

Generations Valor (HMO-POS) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso Anual de Cambios para el 2023

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Value (HMO). Habrá algunos cambios en los costos y 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. 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 lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca 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 o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2023*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2022, permanecerá en el plan Generations Valor (HMO-POS).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2023**. Esto finalizará su inscripción en Generations Valor (HMO-POS).

- Si se mudó hace poco tiempo a una institución, vive actualmente en ella o acaba de mudarse de la misma (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (sin cargo). (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 información también está disponible en español y en letra grande.
- **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 del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Generations Valor (HMO-POS)

- GlobalHealth es un plan HMO/SNP HMO 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.
- Cuando en este documento se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa GlobalHealth, Inc.. Cuando se mencionen las palabras "el plan" o "nuestro plan", significa Generations Valor (HMO-POS).

H3706_009_ANOC_SP_2023_M

Capítulo 1. *Aviso Anual de Cambios para el 2023* Índice

Resumen de Costos Importantes para el 2023	4
SECCIÓN 1 Cambiaremos el Nombre del Plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	5
Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos	15
SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir	18
Sección 4.1 – Si decide permanecer en Generations Valor (HMO-POS)	18
Sección 4.2 – Si decide cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Fecha Límite para Cambiarse de Plan	19
SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	19
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	20
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Valor (HMO-POS)	20
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	21

Resumen de Costos Importantes para el 2023

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2022 y los costos del 2023 para Generations Valor (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Suma máxima de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$3,000	\$3,900 - dentro de la red \$4,900 - combinado dentro y fuera de la red
Consultas con el médico	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con un especialista: \$40 por consulta	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta dentro de la red Consultas con un especialista: \$35 por consulta dentro de la red Fuera de la red: \$55 por consulta
Internación en hospital	Usted abona un copago de \$400 por día para los días 1 a 5. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 6 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.	Dentro de la red: Usted abona un copago de \$295 por día para los días 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 8 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190. Fuera de la red:

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		Usted abona un copago de \$345 por día para los días de 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen para los días 8 a 90.

SECCIÓN 1 Cambiaremos el Nombre del Plan

El 1 de enero del 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de Generations Value (HMO) a Generations Valor (HMO-POS).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro por correo. El nuevo nombre del plan se reflejará en las comunicaciones a los miembros a partir del 1 de enero del 2023.

SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 2.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	\$0	\$75 por mes

Sección 2.2 – 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 "suma máxima 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	\$3,000	\$3,900 - dentro de la red

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la suma máxima de su bolsillo.		<p>\$4,900 - combinado dentro y fuera de la red</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,900 de su bolsillo por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red, no pagará nada por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red durante el resto del año natural.</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,900 por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro o fuera de la red, no pagará nada por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos durante el resto del año natural.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Puede encontrar un *Directorio de proveedores* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de proveedores*.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. **Consulte el *Directorio de Proveedores del 2023* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

Sección 2.4 – 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	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Planificación avanzada de la atención	Los servicios automatizados de planificación avanzada de atención no <u>están</u> cubiertos.	No se aplica un coseguro, un copago ni deducible para la planificación avanzada de la atención a fin de crear su testamento vital y/o documentos del poder notarial de atención médica a través de Vital Decisions.
Servicios dentales	Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio para los servicios de odontología cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$35 por visita de consultorio para los servicios de odontología cubiertos por Medicare.
Servicios dentales: integrales	No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los servicios dentales complementarios.	<p>Servicios que no son de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los servicios con óxido de dinitrógeno y otro tipo de sedación. • Usted paga un 20% del costo total por otros servicios que no son de rutina. <p>Servicios de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los servicios de diagnóstico. <p>Servicios de restauración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los empastes. Limitados a uno cada 24 meses por diente, por superficie

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un 20% del costo total por otros servicios de restauración. <p>Endodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un 20% del costo por endodoncia. <p>Periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para limpiezas periodontales. Consulte “Servicios dentales: preventivos”. • Usted paga un 20% del costo total por periodoncias. Limitados a eliminación del sarro por inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa en 2 ocasiones cada 12 meses y desbridamiento de boca completa limitado a una cada 36 meses. <p>Extracciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un 20% del costo total por servicios de extracción. <p>Prostodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un 20% del costo por prostodoncia.
<p>Servicios dentales: preventivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (máximo 2 por año) • Radiografías dentales (máximo 2 por año) 	<p>Limpieza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La limpieza estándar se limita a dos cada 12 meses

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales (máximo 2 por año) 	<ul style="list-style-type: none"> • El mantenimiento periodontal (limpieza) se limita a cuatro cada 12 meses). <p>Radiografías dentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Las de aleta de mordida [1-4] se limitan a una cada 12 meses. • Imagen radiográfica panorámica, serie completa intrabucal, de 7 a 8 aletas de mordida verticales, limitadas a una cada 36 meses. • La oclusión intrabucal se limita a dos cada 24 meses <p>Examen oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes limitados se limitan a tres cada 12 meses • Los exámenes de rutina se limitan a dos cada 12 meses • Los exámenes integrales se limitan a uno cada 36 meses
<p>Servicios de dermatología</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$55 por visita al consultorio para los servicios de dermatología cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Servicios de diálisis	<u>Fuera de la red:</u> Los servicios de diálisis no están cubiertos si se encuentran en nuestra área de servicio.	<u>Fuera de la red:</u> Usted paga un 20% del costo total por diálisis cubierta por Medicare, ya sea dentro o fuera de nuestra área de servicio.
Atención médica de emergencia	Usted paga un copago de \$120 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita.	Usted paga un copago de \$90 por visita por todos los servicios de atención de emergencia cubiertos por Medicare recibidos durante la visita.
Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial	Usted paga un copago de \$120 por visita por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga un copago de \$90 por visita por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios.
Servicios de audición	Usted paga un copago de \$40 por visita para exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio.	Usted paga un copago de \$35 por visita para exámenes de especialistas para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio.
Atención en hospital para pacientes internados	Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red: <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$400 por día para los días de 1 a 5. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 6 a 90. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 91 a 190. 	<u>Dentro de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$295 por día para los días de 1 a 7. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 8 a 90. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 91 a 190. <u>Fuera de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare:

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$345 por día para los días de 1 a 7. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 8 a 90.
<p>Atención médica mental para pacientes internados</p>	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$275 por día para los días de 1 a 6. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 7 a 90. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$295 por día para los días de 1 a 7. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 8 a 90. <p><u>Fuera de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$345 por día para los días de 1 a 7. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 8 a 90.
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p>	<p>Usted paga el 20% del total del costo de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Para quimioterapia: usted paga el 20% del costo total por los</p>	<p>Usted paga el 20% del costo de los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa. Para quimioterapia: usted paga el 20% del costo total por los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	<p>medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare. Puede que se requiera autorización previa.</p>	<p>No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej. un medicamento de marca) según la fecha del servicio a partir del 1 de abril de 2023. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B a partir del 1 de julio de 2023. Esto se aplica a la insulina que se utiliza en una bomba de insulina. Puede que se requiera autorización previa.</p>
<p>Programa de tratamiento para el consumo de opioides</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>	<p><u>Fuera de la red:</u> No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los servicios de programas de tratamiento para el consumo de opioides certificados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Otro profesional de atención médica</p>	<p>Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por visita al consultorio para ver a un asistente médico, un miembro del personal de enfermería especializado u otro proveedor en el consultorio de un especialista. <u>Fuera de la red:</u></p>

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		Usted paga un copago de \$55 por visita al consultorio por servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y medicamentos de la Parte B durante una visita al consultorio.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: oxigenoterapia hiperbárica	Usted paga un copago de \$40 por visitas de atención cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$35 por visitas de atención cubiertas por Medicare.
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)	Usted reúne los requisitos para recibir un beneficio trimestral de \$50 que se utilizará para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de nuestros servicios de venta por correo, incluida la terapia de reemplazo de nicotina.	Usted reúne los requisitos para recibir un beneficio trimestral de \$100 que se utilizará para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) disponibles a través de nuestros servicios de venta por correo y algunas tiendas minoristas, incluida la terapia de reemplazo de nicotina, a través de Smart Wallet.
Reducción de la prima de la Parte B	La reducción de la prima de la Parte B de Medicare <u>no</u> está cubierta.	Usted recibe una reducción de hasta \$75 de su prima mensual de la Parte B de Medicare.
Sistema personal de respuesta ante emergencias	El sistema personal de respuesta ante emergencias <u>no</u> está cubierto.	No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible por un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias o de monitoreo.
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico: especialista	Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio por servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y medicamentos	<u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por visita al consultorio por servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	de la Parte B, durante una visita al consultorio o consulta de telesalud.	ambulatorios y medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio. <u>Fuera de la red:</u> Usted paga un copago de \$55 por visita al consultorio por servicios de especialistas cubiertos por Medicare, excepto pruebas de diagnóstico especializadas para pacientes ambulatorios y medicamentos de la Parte B, durante una visita al consultorio.
Servicios de podología	Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio para los servicios de podología cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$35 por visita al consultorio para los servicios de podología cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga un copago de \$30 por visita como paciente ambulatorio para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por visita como paciente ambulatorio para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Centro de enfermería especializada	<u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.	<u>Fuera de la red:</u> Para internaciones en centros de enfermería especializada cubiertas por Medicare por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Usted abona un copago de \$225 por día para los días de 1 a 25. • No se aplica un coseguro, un copago ni un deducible para los días de 26 a 100.
Smart Wallet	Smart Wallet <u>no</u> está cubierta.	Smart Wallet es una tarjeta de débito prepagada con un límite

Costo	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		anual combinado de \$500 por año a fin de reducir sus gastos de bolsillo por servicios dentales, de la visión y de la audición. Además, Smart Wallet tiene una asignación independiente de \$100 por trimestre para artículos de venta libre.
Terapia de ejercicio supervisada	Usted paga un copago de \$30 por visita como paciente ambulatorio para los servicios de SET cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$25 por visita como paciente ambulatorio para los servicios de terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) cubiertos por Medicare.
Servicios requeridos urgentemente: cobertura a nivel mundial	Usted paga un copago de \$120 por visita por servicios requeridos urgentemente fuera de Estados Unidos y sus territorios.	Usted paga un copago de \$90 por visita por servicios requeridos urgentemente fuera de Estados Unidos y sus territorios.
Atención para la vista: accesorios para la vista	Solo pagaremos un total de hasta \$300 por elementos para la vista complementarios por año dentro de la red.	Solo pagaremos un total de hasta \$300 por elementos para la vista complementarios combinados por año dentro y fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
Administración dental	Careington Benefit Solutions administra sus servicios dentales preventivos e integrales. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> o visite www.GlobalHealth.com .	DentaQuest administra sus servicios dentales preventivos e integrales. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> o visite www.GlobalHealth.com para obtener más información.

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
	GlobalHealth.com para obtener más información.	
Administración de artículos de venta libre	Gaste su asignación en artículos y productos de venta libre a través de un catálogo de pedidos por correo. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> o visite www.GlobalHealth.com para obtener más información.	Gaste la asignación de su tarjeta de débito en artículos y productos de venta libre a través de un catálogo de pedidos por correo o en diferentes tiendas. Recibirá una nueva tarjeta de débito, llamada Smart Wallet. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> o visite www.GlobalHealth.com para obtener más información.
Opción de punto de servicio	La opción de punto de servicio <u>no</u> está disponible.	Puede acudir a proveedores fuera de la red para obtener determinados servicios con un costo compartido diferente. <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia: aérea • Ambulancia: terrestre • Servicios de diálisis • Anteojos: cubiertos por Medicare y complementarios • Hospital para paciente hospitalizado • Hospital psiquiátrico para paciente hospitalizado

Descripción	2022 (este año)	2023 (el próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> • Otro profesional de atención médica • Programa de tratamiento para el consumo de opioides • Centro de enfermería especializada • Especialista <p>Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.</p>
<p>Área de servicio</p>	<p>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 y Wagoner</p>	<p>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 y Wagoner</p>

SECCIÓN 4 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 4.1 – Si decide permanecer en Generations Valor (HMO-POS)

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 Valor (HMO-POS).

Sección 4.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse para el 2023, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- *O*-- También puede cambiar 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, es posible que haya una multa de inscripción tardía de 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), lea el manual *Medicare y Usted 2023*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 8.2).

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 Valor (HMO-POS).
- 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 Valor (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *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 se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 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 del 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que obtienen "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero del 2023, 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 del 2023.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución, vive actualmente en ella o acaba de mudarse de la misma (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.

SECCIÓN 6 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 7 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **"Ayuda Adicional" de Medicare.** Las personas de 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, incluidos las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para saber si califica, comuníquese con:
 - 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 a. m. y las 7 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 (solicitudes).
- **¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D 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). **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas 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.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos para los medicamentos recetados de Medicare Parte D del formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado de inscripciones locales de ADAP acerca de cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de Medicare Parte D. Llame al Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636.

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Valor (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (sin cargo). (Solo los usuarios de TTY deben 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 del 2023* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y los costos para el 2023. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura del 2023* para Generations Valor (HMO-POS). 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. 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. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

Sección 8.2 – 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el Sitio Web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2023*

Lea el manual *Medicare y Usted 2023*. Este manual 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.



Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (sin cargo)
Los usuarios de TTY deben llamar al 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