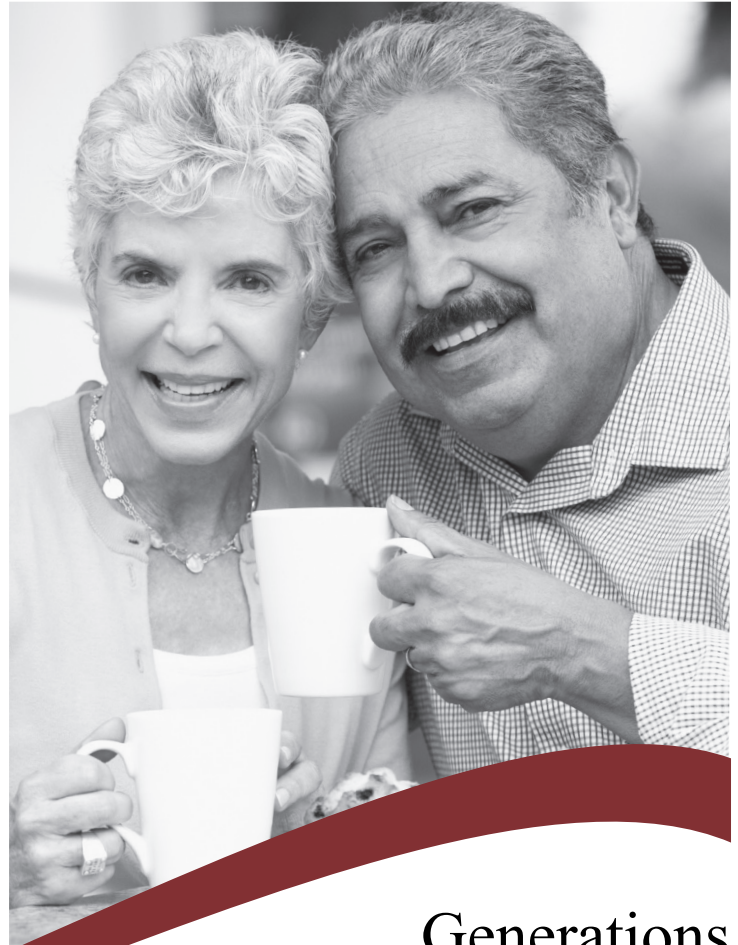




Aviso anual de cambios

1 de enero a
31 de diciembre
de 2022



Generations
Value (HMO)

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

1-844-280-5555 (línea gratis)
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_VALUEANOCSP_2022_M

Generations Value (HMO) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

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. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

- **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.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Mire las Secciones 1.2 y 1.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el siguiente año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en los costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?
- 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.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en la página web www.medicare.gov/plan-compare.

- Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Lea la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 de 2021, se lo inscribirá en el plan Generations Value (HMO).
 - Para cambiar a un **plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**
- Si usted no se inscribe a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en el plan Generations Value (HMO).
 - Si se une a otro plan hasta el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro número de Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (línea gratis). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios 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, por sus siglas en inglés)** 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, por sus siglas en inglés). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (el IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Generations Value (HMO)

- GlobalHealth es un plan HMO/HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa que GlobalHealth, Inc. Cuando se mencionen las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa que Generations Value (HMO).

H3706_VALUEANOCSP_2022_M Archivo y uso 9/1/2021

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Generations Value (HMO) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** 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*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 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 1.2 para obtener más detalles).	\$3,000	\$3,000
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$40 por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$40 por visita
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	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.	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.

Capítulo 1. *Aviso anual de cambios para 2022*

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	3
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	3
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	3
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	3
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	4
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Value (HMO)	12
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	14
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Value (HMO)	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	16

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).		

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Para protegerlo, 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	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	\$3,000	\$3,000
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año natural.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. 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*. **Consulte el 2022 Directorio de proveedores 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. Existe un número de motivos por los

que su proveedor podría abandonar el plan. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios de programas para tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con Trastorno por Consumo de Opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos.
- Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Puede que se requiera autorización previa.
Servicios de ambulancia	Usted paga un copago de \$250 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o regreso.	Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida o regreso en ambulancia aérea cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$240 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida o regreso.
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
COVID-19	Se exoneran los costos compartidos para el tratamiento del COVID-19, incluso si se suspende la emergencia de salud pública: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia • Atención hospitalaria para pacientes internados • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Servicios de observación • Consultas a especialistas • Centro de enfermería especializada • Servicios de atención de urgencia 	<u>No</u> se exoneran los costos compartidos para casos que no sean de una emergencia de salud pública.
Servicios dentales	Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio, \$250 en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) y \$320 en un entorno hospitalario ambulatorio.	Usted paga un copago de \$40 por visita al consultorio para los servicios de odontología cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios dentales preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza combinada con limpieza periodontal (hasta 2 por año) • Radiografías dentales (hasta 2 por año) • Examen bucal (hasta 2 por año) <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible por los servicios preventivos. Solo pagaremos hasta total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 por año) • Radiografías dentales (hasta 2 por año) • Examen bucal (hasta 2 por año) • Flúor (hasta 2 por año) <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible por los servicios preventivos. No se aplica un coseguro, copago ni deducible por las limpiezas periodontales combinadas con limpiezas preventivas. Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. Cualquier monto que pague que supere la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>
Servicios dentales integrales	Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos y no preventivos por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación.	Solo pagaremos hasta un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. Cualquier monto que pague que supere la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.
Cobertura a nivel mundial para servicios en un Departamento de Emergencias	La cobertura a nivel mundial para los servicios en un Departamento de Emergencias <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$120 por consulta por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted tiene una cobertura de hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
		<p>atención de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Los copagos que paga por los servicios de emergencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$400 por día para los días de 1 a 5. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 6 a 90. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 91 a 190. <p>Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención con hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$400 por día para los días de 1 a 5. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 6 a 90. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 91 a 190.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Atención médica mental para pacientes internados	<p>Por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$275 por día para los días de 1 a 6. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 7 a 90. <p>Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención con hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$275 por día para los días de 1 a 6. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 7 a 90.
Beneficio de alimentos	<p>Se le proporcionará si un proveedor del plan le diagnostica algunas de las siguientes afecciones y cumple con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Enfermedad arterial coronaria (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles.</p>	<p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos. <u>No</u> hay requisitos estatales para la enfermedad. Limitado a 2 comidas por día durante 5 días, por un total de 10 comidas y hasta 4 altas hospitalarias por año.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	Usted es elegible para recibir 10 comidas después del alta hospitalaria, hasta 4 veces al año.	
Línea de enfermería	La línea de enfermería <u>no</u> está cubierta.	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para las consultas de la Línea de enfermería.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Puede que se requiera autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios de observación	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Puede que se requiera autorización previa.
Atención médica mental ambulatoria	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para la asesoría en telesalud complementaria.	La telesalud complementaria <u>no</u> está cubierta.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	No se aplica un coseguro, copago ni deducible para la asesoría en telesalud complementaria.	La telesalud complementaria <u>no</u> está cubierta.
Transporte	<p>Se le proporcionará si un proveedor del plan le diagnostica algunas de las siguientes afecciones y cumple con algunos de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Enfermedad arterial coronaria (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera 	<p><u>No</u> hay requisitos estatales para la enfermedad.</p> <p>Transporte terrestre sin carácter de emergencia para obtener atención y servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Visitas al consultorio del médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de quimioterapia/radioterapia/diálisis

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>Nuestro equipo de administración de casos organizará su beneficio de transporte.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible a los miembros elegibles.</p> <p>Usted es elegible para 24 viajes de ida o vuelta hacia y desde las citas con el médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Visitas al hospital como paciente ambulatorio ◦ Citas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 24 viajes de ida o vuelta por año; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes • Los viajes están limitados a 50 millas de ida o de vuelta <p>Puede coordinar su transporte mediante RoundTrip.</p> <p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible.</p> <p>Cualquier monto que pague por traslados más allá de los límites del viaje o de la ubicación no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>
<p>Pelucas por pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por pelucas por pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia por año. Si el valor de las pelucas que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Las pelucas por pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia <u>no</u> están cubiertas.</p>
<p>Cobertura a nivel mundial para servicios de atención de urgencia</p>	<p>La cobertura a nivel mundial para servicios de atención de urgencia <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$120 por visita por servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
		<p>Está cubierto con hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o atención de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Los copagos que paga por los servicios de atención de urgencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p> <p>Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Avisos de la explicación de beneficios	Usted recibe avisos de GlobalHealth.	Usted recibe un aviso de GlobalHealth y de los socios administrativos.
Cambios de PCP	Los cambios relacionados con su PCP entran en vigor inmediatamente.	Los cambios relacionados con su PCP entran en vigor el primer día del mes siguiente.
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,	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

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	Murray, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Rogers, Seminole, Stephens, Tillman, Tulsa, Wagoner, Woods	
Visión	Examen de la vista de rutina: Debe utilizar un proveedor de la red. Anteojos de rutina y posteriores a la cirugía de cataratas: Puede acudir a cualquier proveedor de anteojos.	Examen de la vista de rutina: Debe utilizar un proveedor de la red de EyeMed. Anteojos de rutina y posteriores a la cirugía de cataratas: Debe acudir a un proveedor de la red de EyeMed.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 –Si decide permanecer en Generations Value (HMO)

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 Value (HMO).

Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en su momento.

- -- 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, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

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.

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Value (HMO).
- 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 Value (HMO).
- 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 para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono 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 se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, 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 podrían hacer un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP es conocido como Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). 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 sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán 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. Puede conocer más sobre Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web (<https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **"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 pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - 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, por sus siglas en inglés) 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 en las recetas médicas 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 está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados de Medicare Parte D en el 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. Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al (405) 426-8400.

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 (405) 426-8400.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Value (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (línea gratis). (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). Estamos disponibles para 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 de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para Generations Value (HMO). 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 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en sitio web de Medicare (www.medicare.gov) 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 (línea gratis)

Los usuarios de TTY deben llamar al

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