Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

1 de Enero - 31 de Diciembre de 2027

GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Oklahoma. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

1-844-280-5555 (Número Gratuito) (TTY: 711)
De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de Octubre al 31 de Marzo),
y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de Lunes a Viernes (1 de Abril - 30 de Septiembre)
www.globalhealth.com

H3706_0001900626_M
GH029ANOC2027S

GlobalHealth
MEDICARE ADVANTAGE PLANS

Generations Dual Premier (HMO D-SNP) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso anual de cambio para 2027

Estás inscrito como miembro de Generations Dual Premier (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tienes desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en tu cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no te unes a otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerás en Generations Dual Premier (HMO D-SNP).
- Para cambiar a otro **plan**, visita Medicare.gov o revisa la lista que aparece al final de tu *manual de Medicare y Usted 2027*.
- Ten en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas está en la *Evidencia de Cobertura***.** Consigue una copia en www.globalhealth.com o llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para más información. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre a 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (1 de abril a 30 de septiembre). Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra grande, braille y CD de audio. Por favor, llame a nuestro Atención al Cliente a los números indicados anteriormente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Acerca de Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

- GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Oklahoma. La afiliación en GlobalHealth depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también cuenta con un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Oklahoma para coordinar tus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a GlobalHealth, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Generations Dual Premier (HMO D-SNP).
- **Si no haces nada antes del 7 de diciembre de 2026, te inscribirás automáticamente en Generations Dual Premier (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirás tu cobertura médica y de medicamentos a través de Generations Dual Premier (HMO D-SNP). Consulta la Sección 3 para más información sobre cómo cambiar planes y plazos para hacer un cambio.

Aprobación OMB 0938-1051 (Caducidad: 31 de julio de 2029)

Índice

Resumen de los costos importantes para 2027 4

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7

Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo 7

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 8

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 8

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D 10

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta 11

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 3 Cómo cambiar planes 15

Sección 3.1 Plazos para cambiar planes 16

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? 16

SECCIÓN 4 Obtén ayuda para pagar medicamentos con receta 16

SECCIÓN 5 ¿Preguntas? 18

Obtén ayuda de Generations Dual Premier (HMO D-SNP) 18

Recibe asesoramiento gratuito sobre Medicare 18

Busca ayuda en Medicare 19

Busca ayuda en Medicaid 19

Resumen de los costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan* * Tu prima puede ser superior a esta cantidad. Ve a la Sección 1 para más detalles.	$0	**$0**
Cantidad máxima de bolsillo Este es lo máximo que pagarás de tu bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulta la Sección 1 para más detalles.)	$9,250	**$9,850**
Visitas a la consulta de atención primaria	$0 por visita	**$0 por visita**
Visitas a oficinas de especialistas	$0 por visita	**$0 por visita**
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye diversas estancias hospitalarias como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estancia hospitalaria comienza el día que te ingresan formalmente con orden médica y termina el día antes de que te den el alta.	$0 por visita	**$0 por visita**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulta la Sección 1 para más detalles, incluyendo Deducible Anual, Cobertura Inicial y Etapas de Cobertura Catastrófica.)	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D $0 Copago durante la Etapa Inicial de Cobertura: Nivel 1 de medicamentos: Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0 Nivel 2 de medicamentos: Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0 Nivel 3 de medicamentos: Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $12.65 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $4.90 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago durante la Etapa Inicial de Cobertura:** **Nivel 1 de medicamentos:** **Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0)** **Nivel 2 de medicamentos:** **Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0)** **Nivel 3 de medicamentos:** **Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $14.40** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $5.00** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	Nivel 4 de medicamentos: Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 (genérico), $12.65 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 (genérico), $4.90 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Nivel 4 de medicamentos:** **Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80 (genérico), $14.40 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65 (genérico), $5.00 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**
	Nivel 5 de medicamentos: Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 (genérico), $12.65 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 (genérico), $4.90 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Nivel 5 de medicamentos:** **Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80 (genérico), $14.40 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65 (genérico), $5.00 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**
	Los productos de insulina en el Nivel 2 tienen los mismos copagos que otros medicamentos del Nivel 2.	**No hay insulinas en el Nivel 2. Los productos de insulina en los Niveles 3 y 5 tienen los mismos copagos que otros medicamentos de los Niveles 3 y 5.**
	Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no pagas nada por	**Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, no pagas nada**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	tus medicamentos cubiertos de la Parte D.	**por tus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan (También debes seguir pagando tu prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por ti.)	$0	**$0**

Sección 1.2 Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto pagas de tu bolsillo durante el año. Este límite se llama la cantidad máxima de bolsillo. Una vez que has pagado esta cantidad, generalmente no pagas nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B (y otros servicios sanitarios no cubiertos por Medicare) durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Cantidad máxima de bolsillo El costo compartido pagado por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este máximo de gastos de bolsillo. Como nuestros miembros reciben la mayor parte de los costos compartidos pagados por	$9,250	**$9,850** **Una vez que hayas pagado $9,850 de tu bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagarás nada por tus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de pago de bolsillo. No eres responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B. Tus costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) **cuentan** para tu cantidad máxima de bolsillo. Tus costos de medicamentos con receta **no cuentan** para el importe máximo que pagas de tu bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulta el *Directorio de Proveedores* 2027 https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare para ver si tus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Así es como obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visita nuestra página web en https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare.
- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de proveedor a mitad de año te afecta, llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir ayuda. Puede que tengas un periodo especial de inscripción si tu proveedor abandona la red de plan. Para más información sobre tus derechos cuando un proveedor de red abandona nuestro plan, consulta el Capítulo 3, Sección 2.3 de tu *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que pagues por tus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilices. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de

farmacias. En la mayoría de los casos, tus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el año que viene. Revisa los materiales del *Directorio de Farmacias* 2027 https://www.globalhealth.com/oklahoma/medicare-advantage/member-materials para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Así es como obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visita nuestra página web en https://www.globalhealth.com/oklahoma/medicare-advantage/member-materials.
- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que formen parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias te afecta, llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir ayuda.

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

El Aviso Anual de Cambio te informa sobre cambios en tus beneficios y costos de Medicare.

	2026 (este año)	**2027 (el año que viene)**
Odontología: servicios complementarios integrales y preventivos	$4,000 per year	$3,800 per year
Servicios de apoyo a domicilio (Papa Pals)	Transporte a ubicaciones no médicas	**Transporte solo a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan**
Smart Wallet Benefit La aportación mensual del beneficio de Smart Wallet incluye su aportación mensual para artículos OTC. Afiliados que cumplan con los criterios de elegibilidad para los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades	$215 por mes	**$190 por mes**

Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) pueden utilizar la aportación de Smart Wallet para adquirir artículos OTC y otros artículos y servicios elegibles bajo SSBCI. Afiliados elegibles con condiciones crónicas, tales como Diabetes Mellitus, Trastornos Cardiovasculares, Hipertensión crónica, Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, Trastornos autoinmunes, Insuficiencia cardíaca crónica y otras condiciones crónicas elegibles no mencionadas en esta lista, pueden ser elegibles para el programa SSBCI. La elegibilidad para los beneficios descritos no está garantizada únicamente por tener una de las condiciones crónicas mencionadas. Todos los criterios y requisitos de elegibilidad aplicables se deben cumplir antes de que se otorgue el beneficio. Para detalles, favor contactarnos.		
Servicios de urgencias y atención urgente a nivel mundial	$110 por visita	**$115 por visita**

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos está publicada en línea en https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden incluir eliminar o añadir medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o trasladarlos a otro nivel de costos compartidos. **Revisa la Lista de**

Medicamentos para asegurarte de que tus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si habrá restricciones, o si tu medicamento ha sido trasladado a otro nivel de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que te afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos. Si hacemos un cambio que afecte tu acceso a un medicamento que estés tomando, te enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si te ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios o durante el año, revisa el Capítulo 9 de tu *Evidencia de Cobertura* y habla con tu prescriptor para conocer tus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

¿Recibes ayuda extra para pagar los gastos de tu cobertura de medicamentos?

Si estás en un programa de ayuda a pagar tus medicamentos (Ayuda Extra), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D puede no aplicarse a ti.** Te enviamos un material aparte, llamado *Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar Medicamentos Recetados*, que te informa sobre tus costos de medicamentos. Si recibes Ayuda Extra y no recibes este material antes del 15 de octubre, llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) y pide el *Anexo LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  No tenemos deducible anual, así que esta etapa de pago no se aplica a ti.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de tus medicamentos, y tú pagas tu parte del costo. Generalmente te mantienes en esta etapa hasta que los gastos de bolsillo acumulados en el año llegan a los $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos por la Parte D. Generalmente permaneces en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra tus costos por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a ti.	**Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a ti.**

Costo de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra tu costo por receta para un suministro de un mes dispensado en una farmacia de la red con costo compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para ti. Para más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos, consulta el Capítulo 6 de tu *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que hayas pagado $2,400 de tu bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasarás a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Genéricos preferidos:	Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**
Genéricos:	Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Marca preferida:	Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $12.65 Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $4.90 Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $14.40** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $5.00** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**
Medicamento no preferido:	Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 (genérico), $12.65 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 (genérico), $4.90 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80 (genérico), $14.40 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65 (genérico), $5.00 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**
Medicamentos especializados:	Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.10 (genérico), $12.65 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.60 (genérico), $4.90 (marca) Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0	**Subvención para bajos ingresos Nivel 1: $5.80 (genérico), $14.40 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 2: $1.65 (genérico), $5.00 (marca)** **Subvención para bajos ingresos Nivel 3: $0**

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Servicios de apoyo en hogar (Papa Pals) horarios de Atención al Cliente	8:00 a.m. – 10:00 p.m., 7 días a la semana	**8:00 a.m. – 8:00 p.m., 7 días a la semana**
Correo electrónico del Ombudsman	No disponible	**Ombudsman.intake.line@okdhs.org**
Portal para miembros ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias (Carelon Health)	No disponible	**www.carelonbh.com/globalhealth**
Nivel de excepción de la Parte D	Nivel 4	**Nivel 5**
Información de contacto para quejas del programa de la Parte D	1-866-494-3927 (Número Gratuito) TTY: 711 1-888-586-0616 (Fax) MedImpact 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131	**Quejas relacionadas con los beneficios:** **1-844-280-5555 (Número Gratuito)** **TTY: 711** **405-280-5294 (Fax)** **GlobalHealth, Inc.** **P.O. Box 2658** **Oklahoma City, OK 73101** **Todas las demás quejas:** **1-866-494-3927 (Número Gratuito)** **TTY: 711** **1-888-586-0616 (Fax)** **MedImpact** **10181 Scripps Gateway Ct.** **San Diego, CA 92131**

Fax de reembolso de la Parte D	1-888-586-0102	**1-866-646-1403**
Organización de Mejora de la Calidad	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609	**Acentra Health** **1650 Summit Lake Dr.** **Suite 102** **Tallahassee, FL 32317**
Horario de atención al cliente de Vision (EyeMed)	de 8:00 a.m. a 2:00 a.m., de Lunes a Sábado, y de 11:00 a.m. a 8:00 p.m., Domingo (Octubre – Marzo) de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., de Lunes a Sábado, y de 11:00 a.m. a 8:00 p.m., Domingo (Octubre – Marzo)	**De 7:00 a.m. a 10:00 p.m., de Lunes a Sábado, y de 10:00 a.m. a 7:00 p.m. Domingo**

SECCIÓN 3 Cómo cambiar planes

Para mantenerte en Generations Dual Premier (HMO D-SNP), no necesitas hacer nada. A menos que te inscribas en otro plan de salud de Medicare o cambies a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente estarás inscrito en Generations Dual Premier (HMO D-SNP).

Si quieres cambiar de plan para 2027, sigue estos pasos:

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbete en el nuevo plan. Serás dado de baja automáticamente de Generations Dual Premier (HMO D-SNP). Recuerda, no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, ten en cuenta que en muchos planes no puedes unirte a un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos separada,** puedes inscribirte en un plan de la Parte D y serás dado de baja automáticamente de Generations Dual Premier (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puedes enviarnos una solicitud por escrito para darte de baja. Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para más información sobre cómo hacerlo. O llama **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pide que te den de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare,** visita Medicare.gov, consulta el manual *de Medicare y Usted 2027*, llama a tu Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (ve a la Sección 6) o llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, GlobalHealth, Inc.

ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para cambiar planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **el 15 de octubre hasta el 7** de diciembre de cada año.

Si te inscribiste en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no te gusta tu elección de plan, puedes cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Ejemplos incluyen personas que:

- Tener Medicaid
- Consigue ayuda extra para pagar sus medicamentos
- Tienes o estás dejando la cobertura del empleador
- Se múdan del área de servicio de nuestro plan

Como tienes Medicaid, puedes finalizar tu afiliación a nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta separado,
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos con receta separado (Si eliges esta opción, Medicare puede inscribirte en un plan de medicamentos, a menos que hayas optado por no inscribirte automáticamente), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione tu Medicare y la mayoría o todos tus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si te mudaste recientemente o vives actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puedes cambiar tu cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puedes cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si te mudaste recientemente de una institución, tienes la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que te mudes.

SECCIÓN 4 Obtén ayuda para pagar medicamentos con receta

Podrías optar a ayuda para pagar tus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda extra de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden optar a una Ayuda Extra para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumples los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75% o más de tus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de planes de medicamentos, deducibles anuales y coaseguros. Además, las personas que cumplan los requisitos no tendrán penalización por inscripción tardía. Para ver si cumples los requisitos, llama a:
    - 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.
    - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes, para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
    - Tu oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) de tu estado.** Oklahoma tiene un programa llamado RX for Oklahoma que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) de su Estado. Para obtener el número de teléfono de tu estado, visita shiphelp.org o llama al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de costos compartidos con recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opere en tu estado, debes cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia estatal y estado serológico, bajos ingresos según lo definido por el estado y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para ayuda de reparto de costos con recetas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Oklahoma (HDAP). Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Oklahoma (HDAP) al 1-405-271-4636. Asegúrate, al llamar, de informarles el nombre o el número de póliza de tu plan Medicare Parte D.
- **El Plan de Pago de Recetas de Medicare.** El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que se adapta a tu cobertura actual de medicamentos para ayudarte a gestionar tus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si participas en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permaneces en el mismo plan de la Parte D, tu participación se renovará automáticamente para 2027; no necesitas presentar una nueva solicitud de

elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarte a gestionar tus gastos, pero no te ahorra dinero ni reduce el costo de tus medicamentos.**

La Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare y la ayuda de tu SPAP y ADAP, para quienes cumplen los requisitos, es más ventajosa que participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámanos al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios de TTY llaman al 711) o visita Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtén ayuda de Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

- **Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito). (Los usuarios TTY llaman al 711.)**

  Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre – 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (1 de abril – 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lee tu *Evidencia de Cobertura 2027***

  Este *Aviso Anual de Cambio* te ofrece un resumen de los cambios en tus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de* Generations Dual Premier (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica tus derechos y las normas que debes seguir para acceder a los servicios cubiertos y a los medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestra web en www.globalhealth.com o llame a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios de TTY llamen al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visita www.globalhealth.com**

  Nuestra página web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos* Cubiertos (formulario/Lista de Medicamentos).

Recibe asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros formados en todos los estados. En Oklahoma, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud.

Llama al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguro de salud. Pueden ayudarte a entender tus opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llama al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud al 1-800-763-2828. Obtenga más

información sobre el Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud visitando https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/.

Busca ayuda en Medicare

- **Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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

- **Chatea en directo con Medicare.gov**

  Puedes chatear en directo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escribe a Medicare**

  Puede escribir a Medicare en PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visita Medicare.gov**

  La página web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones estrellas de calidad para ayudarte a comparar planes de salud de Medicare en tu zona.

- **Lee *Medicare y Usted* 2027**

  El *Manual de Medicare y Usted 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtén una copia en Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar a 1-877-486-2048.

Busca ayuda en Medicaid

Llama a SoonerCare (Medicaid) al 1-800-987-7767. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para recibir ayuda con la inscripción o preguntas sobre beneficios o de Medicaid. Para recibir ayuda con preguntas sobre tus beneficios de Medicaid, visita https://oklahomagov/ohca/.

Aviso de No Discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional (incluyendo dominio limitado del inglés y lengua principal), sexo (consistente con el alcance de la discriminación por sexo descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para personas con discapacidad y ayudas y servicios auxiliares apropiados, incluyendo:
  - Intérpretes cualificados para personas con discapacidad
  - Información en formatos alternativos, como braille o letra grande, gratuita y de forma oportuna, cuando sean necesarias modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación para las personas con discapacidad;
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluyendo documentos traducidos electrónicos y escritos, así como la interpretación oral, de forma gratuita y de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés.
- Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados, o servicios de asistencia lingüística, contacte con el Atención al Cliente de GlobalHealth en el 1-844-280-5555 (Número Gratuito). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si crees que no hemos prestado estos servicios o hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de la Sección 1557 está disponible para ayudarte. Puedes presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico:

Dirección postal:	GlobalHealth Section 1557 Coordinator P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101-2658
Número de teléfono:	1-844-280-5555 (Número Gratuito) De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Número TTY:	711
Número de fax:	405-280-5294
Correo electrónico:	section1557coordinator@globalhealth.com

También puedes presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html. Este aviso está disponible en nuestra página web: www.globalhealth.com.

Notificación de disponibilidad de materiales electrónicos

GlobalHealth le provee materiales importantes sobre el plan, que le explican cómo utilizar sus beneficios del plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en o antes del 15 de Octubre de 2026 en la página web www.GlobalHealth.com. Si desea una copia impresa de cualquier material, comuníquese con Atención al Cliente.

Evidencia de Cobertura
La *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) es esencialmente su Manual de Afiliado. Contiene información detallada sobre sus beneficios, costos compartidos y reglas de cobertura de su plan. Por ejemplo, si no está seguro de si un servicio requiere preautorización o no, puede encontrar esa información en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Directorio de Proveedores
En la mayoría de los casos, debe recibir servicios de un proveedor de la red.

Formulario de Medicamentos*
El Formulario de Medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos) le ofrece información sobre los medicamentos recetados cubiertos por su plan, incluida la clasificación por niveles y la disponibilidad de pedidos por correo. Además, si un medicamento recetado tiene autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad, esta información se ofrece en el *Formulario de Medicamentos*.

Directorio de Farmacias*
En la mayoría de los casos, sus recetas sólo están cubiertas si se despachan en una farmacia de la red.

Puede solicitar copias impresas de los materiales anteriores llamando a:
GlobalHealth Customer Care
Número Gratuito: 1-844-280-5555 (**TTY:** 711)
8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana (1 de Octubre al 31 de Marzo)
8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes (1 de Abril al 30 de Septiembre)

Cuando solicite copias impresas de estos materiales, le preguntaremos si su solicitud es solo una vez o si desea seguir recibiendo copias impresas hasta que nos diga que prefiere usar versiones electrónicas nuevamente.

Su Derecho a Optar por no Recibir Llamadas Comerciales del Plan
En ocasiones, el plan de salud puede llamar a los afiliados actuales, incluidos los de productos que no son de Medicare, para hablar de asuntos relacionados con el plan (ejemplos de ello son las llamadas a afiliados que por su edad pasan a Medicare desde productos comerciales ofrecidos por la misma organización a afiliados actuales de planes de Medicaid para hablar de sus productos de Medicare, y las llamadas a afiliados actuales de Medicare Advantage para promocionar otros tipos de planes de Medicare o para hablar de los beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede optar por no recibirlas llamándonos al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.

*Sólo se aplica a planes con cobertura de medicamentos recetados. GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-280-5555 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-280-5555 (TTY: 711). GlobalHealth es un plan HMO ofrecido por GlobalHealth, Inc. H3706_0004300726_C

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711) 。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в

доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. تتوفر المساعدات والخدمات المساعدات المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم
.1-844-280-5555 (TTY 711)

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी नि: शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。

H3706_17300225_C

Atención al Cliente: 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (TTY: 711)
8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo),
y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre)
www.globalhealth.com