

Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

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

1-844-280-5555 (llamada 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

Generations Chronic Care (HMO C-SNP) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso Anual de Cambios para el 2026

Se encuentra inscrito como miembro de Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

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

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.** Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el Generations Chronic Care (HMO C-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite www.Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los cambios. Hay más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en www.globalhealth.com o llame al Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben marcar el 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Consulte el *Aviso de disponibilidad* de los servicios de asistencia lingüística y servicios de ayuda auxiliares.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. 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 llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, como en letra grande, en braille y en CD de audio. Si necesita información del plan en otro formato o idioma, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente a los números que aparecen anteriormente.

Información sobre Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

- GlobalHealth es un plan HMO que tiene contratos con los programas Medicare y Medicaid de Oklahoma. 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 mencione “plan” o “nuestro plan”, significa Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Generations Chronic Care (HMO C-SNP). Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.

H3706_004_024ANOC2026_M

Contenido

Resumen de Costos Importantes para el 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	11
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	11
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	11
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	12
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	12
Sección 1.5 Cambios en beneficios y costos para servicios médicos	13
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	15
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de medicamentos recetados	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	23
Sección 3.1 Fechas límite para cambiarse de plan	24
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?	24
SECCIÓN 4 Recibe ayuda para pagar medicamentos recetados	25
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	26
Sección 5.1 Recibe ayuda de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	26
Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	27
Sección 5.3 Recibe ayuda de Medicare	27

Resumen de Costos Importantes para el 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,450	\$3,450
Visitas al consultorio para atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas al consultorio de un especialista	\$20 por visita	\$20 por visita
Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.	Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.	Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más información).	\$0	\$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$5 Categoría 2 de medicamentos: \$10 Categoría 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$6 Categoría 2 de medicamentos: \$11 Categoría 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 50% del costo total Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. No hay insulinas en los niveles 4 y 5. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Categoría 2 de medicamentos: \$5 Categoría 3 de medicamentos: \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$90 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$5 Categoría 2 de medicamentos: \$10 Categoría 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Categoría 2 de medicamentos: \$5 Categoría 3 de medicamentos: \$41 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 40% del costo total Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. No hay insulinas en los niveles 4 y 5. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$6 Categoría 2 de medicamentos: \$11 Categoría 3 de medicamentos: \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Categoría 4 de medicamentos: \$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0 Categoría 2 de medicamentos: \$5 Categoría 3 de medicamentos: \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$90 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Categoría 4 de medicamentos: 50% del costo total No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Categoría 5 de medicamentos: Los pedidos por correo no están cubiertos. Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 30 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0 Categoría 2 de medicamentos: \$5 Categoría 3 de medicamentos: \$41 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 40% del costo total No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Categoría 5 de medicamentos: 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$15 Categoría 2 de medicamentos: \$30 Categoría 3 de medicamentos: \$141 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$300 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido en farmacias minoristas preferidas por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0	Categoría 5 de medicamentos: Los pedidos por correo no están cubiertos. Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$18 Categoría 2 de medicamentos: \$33 Categoría 3 de medicamentos: \$141 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 50% del costo total No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Costo compartido en farmacias minoristas preferidas por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Categoría 2 de medicamentos: \$0 Categoría 3 de medicamentos: \$84 Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$270 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$15 Categoría 2 de medicamentos: \$30 Categoría 3 de medicamentos: \$141 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$300 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Categoría 2 de medicamentos: \$0 Categoría 3 de medicamentos: \$82 Usted paga \$82 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 40% del costo total No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$18 Categoría 2 de medicamentos: \$33 Categoría 3 de medicamentos: \$141 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 50% del costo total

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0 Categoría 2 de medicamentos: \$0 Categoría 3 de medicamentos: \$84 Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: \$270 Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.	No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días: Categoría 1 de medicamentos: \$0 Categoría 2 de medicamentos: \$0 Categoría 3 de medicamentos: \$82 Usted paga \$82 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Categoría 4 de medicamentos: 40% del costo total No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos mayores: si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga 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 “el monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que haya pagado este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
El monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos)	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores 2026*, <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>, para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3, de su *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de farmacias 2026*, <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>, para saber qué farmacias están en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en <https://globalhealth.com/oklahoma/pharmacy-directories/>.

- Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en beneficios y costos para servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios y suministros para la diabetes, y capacitación para el autocontrol de la diabetes	Monitor y suministros preferidos estándar: AccuChek y Lifescan Monitor de glucosa continuo (CGM) y suministros: Dexcom	Monitor y suministros preferidos estándar: Lifescan Monitor de glucosa continuo (CGM) y suministros: Dexcom y FreeStyle
Acondicionamiento físico	Puede elegir uno de una lista de 11 kits de acondicionamiento físico para el hogar.	Puede elegir el rastreador de acondicionamiento físico Fitbit o Garmin.
Servicios de apoyo de atención médica domiciliaria (Papa Pals)	Los servicios de Papa Pals se ofrecen por un máximo de 60 horas por año.	Los servicios de Papa Pals se ofrecen por un máximo de 65 horas por año.
Beneficio de alimentos	Se requiere una remisión. <u>No</u> se necesita autorización previa.	No es necesaria una remisión. Se necesita autorización previa.
Aparatos ortopédicos e insumos médicos relacionados	Usted paga el 0% del costo total por dispositivos protésicos de implante quirúrgico y suministros médicos relacionados. Usted paga el 20% del costo total por los dispositivos ortopédicos externos y los suministros médicos relacionados.	Usted paga el 20% del costo total por todos los dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20; usted paga \$184 de copago por día para los días 21 a 100.	Usted paga \$0 de copago para los días 1 a 20; usted paga \$218 de copago por día para los días 21 a 100.
Beneficio Smart Wallet	Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y cumple con los siguientes criterios, puede ser elegible para recibir Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas. Diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular Usted tiene un monto de beneficios de \$55 por mes para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y combustible, y gastos de servicios dentales, de la vista o de la audición.	Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y cumple con los siguientes criterios, puede ser elegible para recibir Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas. Diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular Además de tener una de las afecciones, también debe tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud, y debe requerir coordinación de cuidados intensivos. Para determinar si es elegible para recibir Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas, Generations Chronic Care (HMO C-SNP) debe realizar una validación para asegurarse de validar las 3 afecciones de elegibilidad. Su afección y los criterios de elegibilidad se confirmarán a través de la información que tenemos en nuestro sistema, que lo hace elegible.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		Usted tiene un monto de beneficios de \$60 por mes para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y combustible, y gastos de servicios dentales, de la vista, de la audición o de servicios públicos.
Servicios de urgencia	Usted paga \$20 de copago por visita para la atención en un centro de atención de urgencia.	Usted paga \$15 de copago por visita para la atención en un centro de atención de urgencia.
Exámenes de la vista: cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 por consulta.	Usted paga \$0 de copago por consulta.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de los medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos, o incluirlos en una categoría diferente de costo compartido.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y saber si existe alguna restricción, o si su medicamento ha sido incluido en una categoría diferente de costo compartido.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos algún cambio que afectará su acceso a algún medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año, o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico que le receta para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporario, solicitar una

excepción o colaborar para encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de medicamentos recetados

¿Recibe usted Ayuda Adicional ("Extra Help") para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional ("Extra Help")), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un material, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional ("Extra Help") para el pago de medicamentos recetados*, en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe Ayuda Adicional ("Extra Help") y no recibe este material antes del 15 de octubre, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional del Subsidio por bajos ingresos (LIS)*.

Etapas de pagos de medicamentos

Existen **3 etapas de pagos de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de brecha en la cobertura y el Coverage Gap Discount Program ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- **Etapas:**

No tenemos deducible, por lo tanto, esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los costos de lo que pagues de tu bolsillo de medicamentos durante el año alcancen \$2,100.

- ***Etapas 3: Cobertura catastrófica***

Esta es la tercera etapa de pagos de medicamentos y la final. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Programa de descuentos para el período sin cobertura se reemplazó con el Programa de descuento del fabricante. Según el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que paguen los fabricantes según el Programa de descuento del fabricante no cuentan para el costo de lo que pagues de tu bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos dentro de los Medicamentos no preferidos de la categoría 4, su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios del 2025 para el 2026.

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar y preferido.

Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos las vacunas, o sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos genéricos preferidos: Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el \$5 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$5 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el \$0 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo preferido para un mes es de \$0	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el \$6 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$6 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el \$0

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos genéricos: Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el \$10 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$10 <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el \$5 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo preferido para un mes es de \$5	Costo compartido estándar: Usted paga el \$11 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$11 Costo compartido preferido: Usted paga el \$5 Su costo para un medicamento recetado pedido por correo preferido para un mes es de \$5
Medicamentos de marca preferidos: Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Costo compartido estándar: Usted paga el \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$47 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido preferido: Usted paga el \$41 Usted paga \$35 por suministro mensual de

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Su costo para un medicamento recetado pedido por correo preferido para un mes es de \$42 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo preferido para un mes es de \$41 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
Medicamento no preferido: Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el \$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$100 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el \$90 Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de \$90	<i>Costo compartido estándar: Usted paga el 50% del costo total</i> Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de 50% del costo total. <i>Costo compartido preferido: Usted paga el 40% del costo total.</i> Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de 40% del costo total. No hay insulinas en el nivel 4. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	
Medicamentos especializados: Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Costo compartido estándar: Usted paga el 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Costo compartido preferido: Usted paga: 33% del costo total. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría. Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes es de 33% del costo total Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.	Costo compartido estándar: Usted paga el 33% del costo total. Costo compartido preferido: Usted paga el 33% del costo total. Los pedidos por correo no están cubiertos. No hay insulinas en el nivel 5. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Si usted alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos según nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Planificación de cuidado avanzado	Decisiones vitales	No disponible.
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar el costo de lo que pague de tu bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente durante el 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.
Información de contacto para apelaciones de la Parte D	1-866-494-3927 CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeals	Sin cargo: 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	P.O. Box 52009 Phoenix, AZ 85072-2000	MedImpact Attn: Appeals Department 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Fax: 1-888-586-1118
Información de contacto para determinaciones de cobertura de la Parte D	CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeals P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2000	Sin cargo: 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) MedImpact 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Fax: 1-888-586-0102
Información de contacto para reclamos de la Parte D	Fax: 405-280-5294 GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101	Sin cargo: 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) MedImpact 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Fax: 1-888-586-0616
Información de contacto para solicitudes de reembolso de la Parte D	Part D CVS Caremark Part D Services P.O. Box 52009 MC109 Phoenix, AZ 85072-2066 FAX: 1-855-230-5539	MedImpact - DMR 7835 Freedom Avenue NW North Canton, OH 44720 Fax: 1-888-586-0102

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia	CVS Caremark	MedImpact
Medicamentos recetados: categoría de excepción	Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 5.	Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 4.
Medicamentos recetados: información de contacto de pedidos por correo	CVS Caremark Mail Order 1-866-494-3927	Sin cargo: 1-866-909-5170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, sábados de 9 a.m. a 5 p.m., hora del este Birdi Home Delivery PO Box 8004 Novi, MI 48376-8004 Fax: 1-877-395-4836
Medicamentos recetados: farmacia especializada	CVS Caremark	Specialty by Birdi Sin cargo: 1-877-437-9012 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Generations Chronic Care (HMO C-SNP), no deberá hacer nada más.
A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de

diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

Si desea cambiar de plan para el año 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original con una cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY llaman al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (vaya a la Sección 1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y Usted 2026*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda Adicional ("Extra Help") para pagar sus medicamentos
- Tienen o dejarán de tener cobertura del empleador
- Se mudan del área de servicio de nuestro plan

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en ella (como un centro de enfermería especializada 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 de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura separada de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si se mudó hace poco tiempo de una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en el que se mude.

SECCIÓN 4 Recibe ayuda para pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional ("Extra Help") 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, incluyendo las primas mensuales del plan de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar multas por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a alguno de los siguientes contactos:
 - 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.
 - Llame a 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 pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** Oklahoma tiene un programa llamado RX for Oklahoma que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para conocer más sobre este programa, verifique con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe reunir determinados criterios, incluyendo 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. Los medicamentos 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). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan o número de póliza de Medicare Part D.
- **El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar el costo de lo que pague de tu bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (de 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 usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ayuda a ahorrar dinero ni a reducir sus gastos de medicamentos.**

El programa Ayuda Adicional ("Extra Help") de Medicare y la ayuda recibida de los programas SPAP y el ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más conveniente que la participación en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, independientemente de su opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Recibe ayuda de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo). (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* 2026**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y los costos para el 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2026 para Generations Chronic Care (HMO C-SNP). 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. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.globalhealth.com o llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.globalhealth.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorio de farmacias*) y nuestra *Lista de los medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Sección 5.2 Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP se denomina State Health Insurance Counseling Program.

Llame a State Health Insurance Counseling Program para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro de salud. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Llame a State Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Obtenga más información sobre el State Health Insurance Counseling Program en <https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/>.

Sección 5.3 Recibe ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted* 2026**

El manual *Medicare y Usted* 2026 se envía por correo postal a las personas con Medicare todos los años en otoño. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Para obtener una copia ingrese en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de no discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluyendo proficiencia limitada de inglés y del lenguaje primario), sexo (consistente con el alcance de discriminación por sexo según descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para las personas con discapacidades y ayudas y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes calificados para personas con discapacidades.
 - Información en formatos alternativos, como en braille o letra más grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.
- Proporciona servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo, de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Servicio al Cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo). Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios de atención son de lunes a domingos de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que no le brindamos estos servicios o lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección de correo:

GlobalHealth

Section 1557 Coordinator

P.O. Box 2658

Oklahoma City, OK 73101-2658

Número de teléfono:

1-844-280-5555 (llamada sin cargo)

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana
del 1 de octubre al 31 de marzo.

de 8 a. m. a 8 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 puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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 a:

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.

Aviso de disponibilidad de materiales electrónicos

GlobalHealth proporciona importantes materiales del plan que le explican cómo usar sus beneficios del plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en línea en www.globalhealth.com, a más tardar, el 15 de octubre de 2025. Si desea una copia en papel de cualquier material, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Evidencia de Cobertura

La *Evidencia de Cobertura* (EOC) básicamente es su Manual para miembros. Incluye información detallada sobre los beneficios, los costos compartidos y las reglas de cobertura de su plan. Por ejemplo, si no sabe si un servicio requiere autorización previa o no, puede encontrar esa información en la EOC de su plan.

Directorio de proveedores

En la mayoría de los casos, usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red.

Formulario de medicamentos*

El *Formulario de Medicamentos* (Lista de los medicamentos cubiertos) le proporciona información sobre los medicamentos recetados que están cubiertos en su plan, incluida su colocación en niveles, y la disponibilidad de pedido por correo. Además, en el *Formulario de Medicamentos* se detalla si un medicamento recetado está sujeto a autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad.

Directorio de farmacias*

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una farmacia de nuestra red.

Puede solicitar copias en papel del material anterior llamando al:

Servicio al Cliente de GlobalHealth

Sin cargo: 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711)

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

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

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.

*Solo se aplica a planes con cobertura de medicamentos recetados. GlobalHealth cumple todos los derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por 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 (llamada sin cargo) (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 (llamada sin cargo) (TTY: 711). GlobalHealth is an HMO plan offered by GlobalHealth, Inc.



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de servicios de ayuda 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 Sprachassistentendienste 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 fòm aksèsib 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 निः 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。



Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (llamada 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