



GlobalHealth

Generations Dual Support (HMO D-SNP)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y
de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
www.GlobalHealth.com

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

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

Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Dual Support (HMO D-SNP). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año.

Consulte la página 4 para ver un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.

Este documento contiene información acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de plan

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Utilice el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el Generations Dual Support (HMO D-SNP).

- Para **cambiar a un plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2, en la página 13 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución, vive actualmente en ella o acaba de mudarse de la misma (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita. Si tiene preguntas, necesita material permanente en formatos alternativos u otros idiomas, o si necesita el servicio de intérprete, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) o al 711 (TTY, para las personas con discapacidad auditiva).
- Esta información también está disponible en español y en letra grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Información sobre Generations Dual Support (HMO D-SNP)

- GlobalHealth es un plan HMO/ SNP HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para los planes D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa GlobalHealth, Inc. (). Cuando se mencionen las palabras "el plan" o "nuestro plan", significa Generations Dual Support (HMO D-SNP).

H3706_006_028ANOCs2024_M

Aviso Anual de Cambios para 2024 **Contenidos**

Resumen de Costos Importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	5
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	6
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué Plan elegir	13
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Dual Support (HMO D-SNP)	13
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Cambiar de Plan	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Dual Support (HMO D-SNP)	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	16
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	17

Resumen de Costos Importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 para Generations Dual Support (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare que se contempla en Medicaid, paga \$0 por su deducible, consultas con el médico e internaciones en hospitales. Si se encuentra dentro del período de 1 mes considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare por los cuales el estado sería responsable de otra manera si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.		
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago/ Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamento 1: \$0 • Categoría de Medicamento 2: \$0 • Categoría de Medicamento 3: \$0 • Categoría de Medicamento 4: \$0 • Categoría de Medicamento 5: \$0 Cobertura de Catástrofe:	Deducible: \$0 Copago/ Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamento 1: \$0 • Categoría de Medicamento 2: \$0 • Categoría de Medicamento 3: \$0 • Categoría de Medicamento 4: \$0 • Categoría de Medicamento 5: \$0 Cobertura de Catástrofe:

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
Suma máxima de su bolsillo	\$3,650	\$8,850
Esta es la suma <u>máxima</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid lo haga por usted).		

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina suma máxima de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	\$3,650	\$8,850

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez esta suma máxima de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.</p>		<p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. **Consulte el *Directorio de Proveedores 2024* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de Farmacias 2024* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

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

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa acerca de cambios en sus costos y beneficios de Medicare.

El próximo año, realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios dentales: no cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral o maxilofacial, otros servicios 	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación.</p>	<p>Pagaremos hasta un total de \$2,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga el monto que excede esta asignación.</p>
<p>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p>	<p>Todas las marcas están cubiertas.</p>	<p>Los monitores y tiras reactivas de glucosa en sangre estándar preferidos son ACCU-CHEK[®] fabricado por Roche u ONETOUCH[®] fabricado por LifeScan.</p> <p>El monitor de glucosa continuo preferido (limitado a 1 durante 365 días) y los suministros son Dexcom[®] G5 y G6.</p>
<p>Alimentos y productos agrícolas</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y gastos de utilidades.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$250 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas, gasolina y gastos de utilidades.</p>
<p>Gasolina</p>	<p>La gasolina <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$250 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas, gasolina y gastos de utilidades.
Servicios de audición: audífonos	Solo pagaremos hasta un total de \$2,000 por aparatos auditivos por año. Usted paga el monto que excede esta asignación.	Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por aparatos auditivos por año. Usted paga el monto que excede esta asignación.
Beneficio de alimentos (para una condición médica o posible condición médica que requiere que el miembro permanezca en casa por un período de tiempo)	Comidas limitadas a un total de 14 comidas, hasta una vez por año.	Las comidas pueden dividirse en entregas múltiples hasta un máximo de 28 comidas por año.
Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)	Solo pagaremos hasta un total de \$150 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y gastos de utilidades.	Solo pagaremos hasta un total de \$250 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas, gasolina y gastos de utilidades.
Smart Wallet	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por año por los gastos de su bolsillo para una combinación de servicios y artículos de odontología, audición y visión. Usted paga el monto que excede esta asignación.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y gastos de utilidades.</p> <p>La gasolina<u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$500 por año por los gastos de su bolsillo para una combinación de servicios y artículos de odontología, audición y visión. Usted paga el monto que excede esta asignación.</p> <p>Solo pagaremos hasta un total de \$250 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas, gasolina y gastos de utilidades.</p>
Transporte	Puede que se requiera autorización previa.	<u>No</u> se necesita autorización previa.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Utilidades	Solo pagaremos hasta un total de \$150 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas y gastos de utilidades.	Solo pagaremos hasta un total de \$250 por mes por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos, productos agrícolas, gasolina y gastos de utilidades.
Atención para la vista: exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Puede que se requiera autorización previa.	<u>No</u> se necesita autorización previa.
Cuidado para la vista: examen ocular complementario y anteojos	Solo pagaremos hasta un total de \$300 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación.	Solo pagaremos hasta un total de \$100 por anteojos complementarios por año. Si el valor de los anteojos que compra es más elevado que este monto permitido, usted paga el monto que excede esta asignación.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de 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 su 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 consulte si existe alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la FDA considere que no son seguros o que un fabricante de productos haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 consulte con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporario, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación indica los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de 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.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Categoría 1 - genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 2 - genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Categoría 1 - genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 2 - genéricos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos especializados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha en Cobertura y de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura de catástrofe, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Línea directa de Cumplimiento Legal	1-877-280-5852 (número de teléfono gratuito)	1-877-627-0004 (número de teléfono gratuito)
Elegibilidad	Los beneficiarios calificados de Medicare no son elegibles para inscribirse.	Los beneficiarios calificados de Medicare son elegibles para inscribirse.

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Alimentos y productos agrícolas	Los alimentos deben comprarse en ciertas tiendas minoristas mediante el uso de Smart Wallet.	Los alimentos se pueden comprar a través de ciertas tiendas minoristas o mediante pedidos a través de un catálogo a través de Smart Wallet.
Servicios de Apoyo en el Hogar (Papa Pals): horario de atención al cliente	De 7 a. m. a 10. p. m., hora del centro, de lunes a viernes, y de 7 a. m. a 7 p. m., sábados y domingos	De 7 a. m. a 10. p. m., hora del centro, los siete días de la semana
Horario de atención al cliente de NationsBenefits <ul style="list-style-type: none"> • Asignación de alimentos y productos agrícolas • Subsidio de gasolina • Adaptación y evaluación de audífonos y subsidio para audífonos • Subsidio para artículos de venta libre (OTC) • Sistema personal de respuesta ante emergencias • Smart Wallet • Asignación para servicios públicos 	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana	De 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, los 7 días de la semana, excepto feriados definidos por CMS <ul style="list-style-type: none"> • Día de los Caídos • Día de la Independencia Nacional del 19 de junio • Día de la Independencia • Día del Trabajo • Día de Gracias • Día de Navidad
Programación de transporte	La ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan <u>no</u> incluye la farmacia. Se requiere aviso con 72 horas de anticipación.	La ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan incluye la farmacia. Es posible que se requiera un aviso con 48 horas de anticipación.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué Plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Dual Support (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Generations Dual Support (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse de plan en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- *O*-- Puede cambiar a Original Medicare. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O*– comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare distinto, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1.º de enero de 2024.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

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

Debido a que tiene SoonerCare (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1. de enero de 2024, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1. de enero y el 31 de marzo de 2024.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con

Medicare. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede comunicarse con Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Puede obtener más información sobre Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web <https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de SoonerCare (Medicaid), comuníquese con SoonerCare (Medicaid) al 1-800-987-7767 (TTY 711). Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que obtiene su cobertura de SoonerCare (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya se encuentra inscrito en "Ayuda Adicional" (Extra Help), también llamado Subsidio por bajos ingresos. "Ayuda Adicional" (Extra Help) paga algunas primas, deducibles anuales y coseguros de sus medicamentos recetados. Ya que usted califica para este beneficio, no tendrá una brecha en cobertura ni será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la "Ayuda adicional" (Extra Help), llame al siguiente número:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** 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, revise con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Dual Support (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Solo para usuarios de TTY; 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 2024* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y los costos para 2024. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2024* para Generations Dual Support (HMO D-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. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/"Lista de Medicamentos")*.

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, realice lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

Visite el Sitio Web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este documento se envía cada otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a SoonerCare (Medicaid) al 1-800-987-7767. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-280-5555 (toll free) (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-280-5555（免费电话）(TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-280-5555 (免費電話) (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (libre na toll) (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-280-5555 (appel gratuit) (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-280-5555 (số điện thoại miễn cước) (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

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

Form CMS-10802

(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-280-5555 (бесплатно) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إتنا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 (الرقم المجاني) (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (टोल फ्री) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-280-5555 (numero verde) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-280-5555 (nimewo telefòn gratis) (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-280-5555 (bezpłatnie) (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-280-5555 (フリーダイヤル) (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が 支援いたします。これは無料のサービスです。



GlobalHealth
MEDICARE ADVANTAGE PLANS

Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito)
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