



2024 Resumen de beneficios

OKLAHOMA



Índice de Contenido

- 04** ¿Por qué elegir GlobalHealth?
- 05** Planes Medicare Advantage (MA) – Medicare Parte C
- 06** ¿Qué debe saber sobre Medicare?
- 07** ¿Cuáles son los tipos de Periodos de inscripción?
- 08** ¿Qué son los Planes de Necesidades Crónicas Especiales (C-SNP)?
- 09** ¿Qué son los Planes Duales para Necesidades Especiales (D-SNP)?
- 10** Área de Servicio
- 11** Ofertas del Plan 2024
- 19** Inscribise en un plan GlobalHealth Generations Medicare Advantage
- 20** **¿Qué sigue?** Qué esperar después de inscribirse
- 21** ¿Qué es Smart Wallet?
- 22** Beneficios complementarios de GlobalHealth
- 23** Medicare Parte D
- 24** Formulario de 5 categorías
- 25** ¿Qué significa MOOP?
- 26** Números de teléfono importantes
- 27** ¿Aún tiene preguntas?
- 28** Términos clave

Generations Medicare Advantage: Opciones del plan:

H3706-001 Generations Classic Rewards (HMO)

H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)

H3706-024 Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

H3706-025 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

H3706-028 Generaciones Dual Support (HMO D-SNP)

H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)

Llame ahora para hablar
con un agente autorizado

1-855-766-7881 (TTY: 711)

8:00 a.m.-8:00 p.m.

Los 7 días a la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)



¿Por qué elegir GlobalHealth?

Acerca de GlobalHealth

- Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) local, con sede en Oklahoma.
- Disponible en 26 condados para 2024.
- 7 Planes de Medicare Advantage.
- Equipos locales de atención al cliente, administración de casos y farmacia.
- Miles de proveedores de calidad, farmacias y muchos hospitales importantes.



¿Qué hace que GlobalHealth sea único?

Estamos cerca

Nuestros equipos locales de atención al cliente, administración de casos y farmacia le ofrecen asistencia personalizada para ayudarle a moverse por el mundo cada vez más complejo de Medicare. Somos accesibles, fáciles de localizar y hacemos lo imposible para ayudarle.

Somos accesibles

Ofrecemos una serie de ventajas para ahorrar dinero, diseñadas para que tenga más dinero en el bolsillo y aproveche al máximo sus gastos médicos.

Somos su socio de salud

No sólo le ayudaremos a inscribirse en el plan adecuado, sino que también tendrá acceso continuo a incansables defensores de la salud que le ayudarán a mejorar su salud, incluso entre visita y visita al médico.

Planes Medicare Advantage (MA) – Medicare Parte C

¿Cumple los requisitos para los planes Generations Medicare Advantage?

- Debe ser residente permanente en nuestra área de servicio.
- Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

¿Qué es un plan Medicare Advantage? (Medicare Parte C)

Un plan Medicare Advantage es una alternativa integral a Medicare Original para mejorar su cobertura médica. Medicare Parte C, como un plan de GlobalHealth, combina la Parte A y la Parte B y, a menudo, los medicamentos recetados de la Parte D. Medicare Parte C suele ofrecer más beneficios para servicios como odontología, oftalmología, audición y copagos bajos o nulos en las visitas al médico. Debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.



Parte A
Seguro hospitalario



Parte B
Seguro médico



Parte C
Medicare Advantage*



Parte D
Cobertura de
medicamentos recetados

*Incluye la cobertura de la Parte A, la Parte B y, a veces, la Parte D



¿Qué debe saber sobre Medicare?



Fechas de inscripción en Medicare Advantage

Del 1.º al 14 de octubre

Se publica información sobre el plan de Medicare. Esta es una oportunidad para que revise y compare distintos planes de Medicare que se ajusten a sus necesidades y presupuesto.

Inscripción anual

Del 15 de octubre al 7 de diciembre

Este breve periodo es cuando los beneficiarios de Medicare pueden inscribirse, cambiar o darse de baja en un plan Medicare Advantage.

Inscripción abierta

Del 1.º de enero al 31 de marzo

Los afiliados al plan Medicare Advantage pueden inscribirse en otro plan MA o darse de baja de su plan MA y volver a Medicare Original. Los miembros solo tienen una oportunidad de cambiar de plan o darse de baja para volver a Medicare Original.

Período especial de inscripción

Las fechas pueden variar

Los miembros del plan Medicare Advantage no pueden realizar cambios en su plan actual a menos que cumplan los requisitos para acogerse a un periodo especial de inscripción.

¿Cuáles son los Tipos de periodos de inscripción?

Durante el Periodo de inscripción inicial (IEP), puede inscribirse en un plan Medicare Advantage **durante un periodo de 7 meses alrededor de su cumpleaños n.º 65:**

- 3 meses antes de cumplir 65 años.
- El mes en que cumple 65 años.
- 3 meses después del mes de su cumpleaños.

Durante el Periodo de Inscripción Abierta para Personas Internadas, puede inscribirse en un plan MA a partir del día en que ingrese en el centro y hasta dos meses después de su alta.

Período especial de inscripción

Ciertos eventos calificados pueden permitir a una persona elegible para Medicare realizar cambios de plan a lo largo del año.

Si su respuesta es afirmativa, puede acogerse al Periodo especial de inscripción:

- ¿Tiene Medicare y Medicaid?
- ¿Califica para la Ayuda Adicional para pagar sus recetas?
- ¿Se ha mudado recientemente y su plan actual no se ofrece en su área de servicio?
- ¿Va a dejar la cobertura de su empleador o sindicato?
- ¿Califica para un plan de necesidades especiales por diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular?

Esta no es una lista completa de los supuestos que pueden dar derecho a un período especial de inscripción (SEP).



¿Qué son los Planes de Necesidades Crónicas Especiales? (C-SNP)

¿Qué es un plan C-SNP?

Los C-SNP son tipos de planes Medicare Advantage diseñados para beneficiarios de Medicare con enfermedades crónicas. Se pueden ofrecer planes C-SNP para una sola enfermedad o para un grupo de enfermedades.

¿Qué enfermedades califican?

Los Centros de Medicare y Medicaid definen qué enfermedad o enfermedades puede cubrir un plan Medicare Advantage a través de un plan C-SNP. Los planes C-SNP de GlobalHealth son para afiliados con:

- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Diabetes.
- Enfermedad cardiovascular, incluidas arritmias cardíacas, enfermedad de arteria coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico.

¿Quién es elegible?

Los planes C-SNP de GlobalHealth se ofrecerán a todos los condados del área de servicio en 2024. Para poder inscribirse, debe residir en nuestra área de servicio, tener la Parte A y la Parte B de Medicare y cumplir uno o varios de los requisitos arriba indicados.

¿Cómo ayudan los C-SNP?

Los miembros inscritos en un plan C-SNP reciben servicios adicionales de administración proactiva de casos para ayudarles a controlar las enfermedades crónicas. Los miembros reciben un plan de acción de atención médica personalizado directamente vinculado a ayudarles a alcanzar un estado de salud óptimo.

Características y beneficios de GlobalHealth C-SNP:

- ✓ Asignación trimestral para artículos de venta libre¹, comestibles¹ o gasolina¹.
- ✓ Suministros para pruebas estándar para diabéticos y CGM cubiertos sin coste alguno.
- ✓ Par gratuito de zapatos terapéuticos moldeados a medida y plantillas.*
- ✓ Copago de \$35 por insulinas.
- ✓ Cobertura adicional para los antidiabéticos orales del categoría 3 durante la fase de brecha en la cobertura.

8 **Puede que se requiera autorización previa. Para conocer la lista completa de beneficios y limitaciones, consulte la Evidencia de Cobertura del plan. ¹Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para miembros con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir todos los criterios de elegibilidad para los beneficios.*

¿Qué son los Planes Duales para Necesidades Especiales? (D-SNP)

GlobalHealth también ofrece Planes duales para necesidades especiales que **brindan beneficios adicionales** para las personas que reúnen los requisitos. Para ser elegible, debe vivir en nuestra área de servicio, tener la Parte A y Parte B de Medicare y calificar para Medicaid.

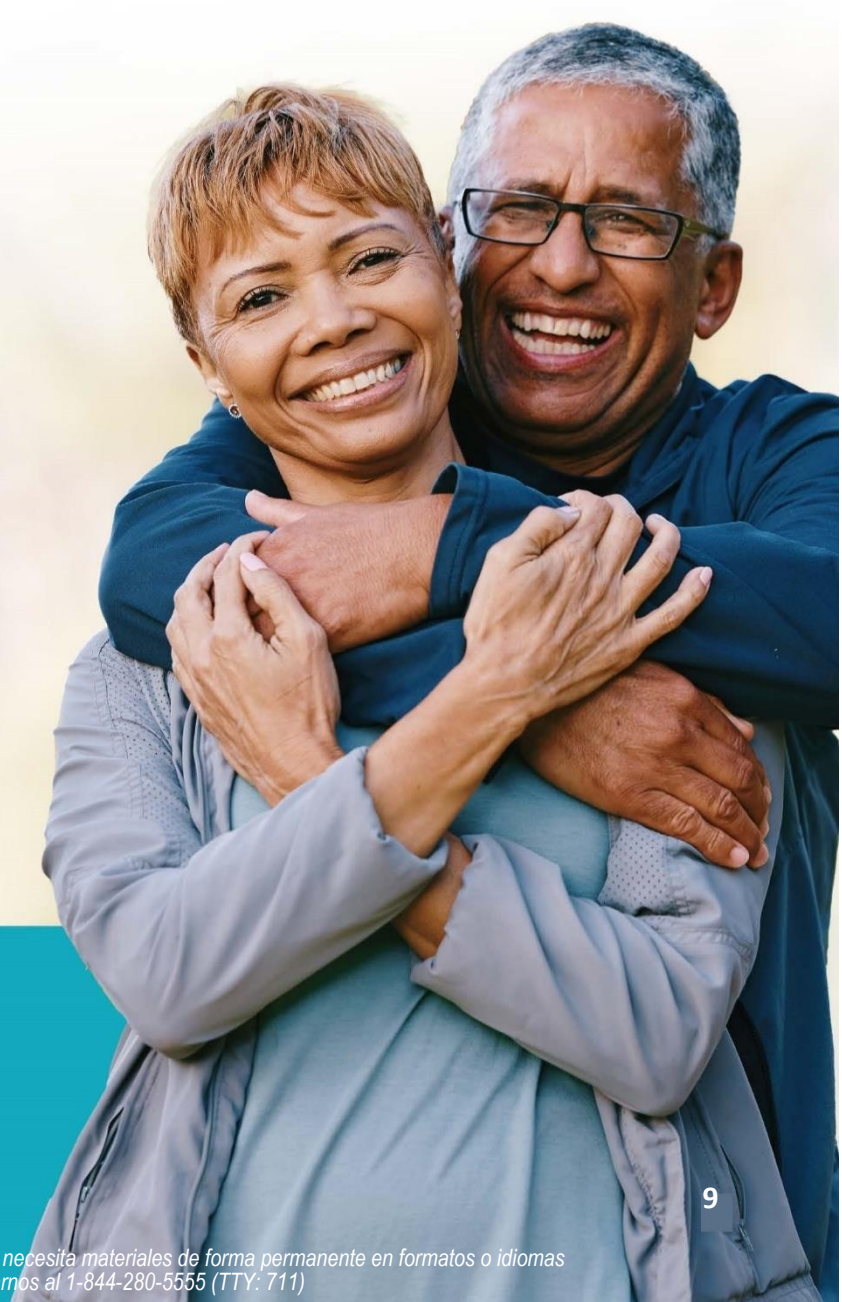
Características y beneficios de GlobalHealth D-SNP

Algunos de los beneficios mejorados que obtiene con un plan Dual para Necesidades Especiales de GlobalHealth son:

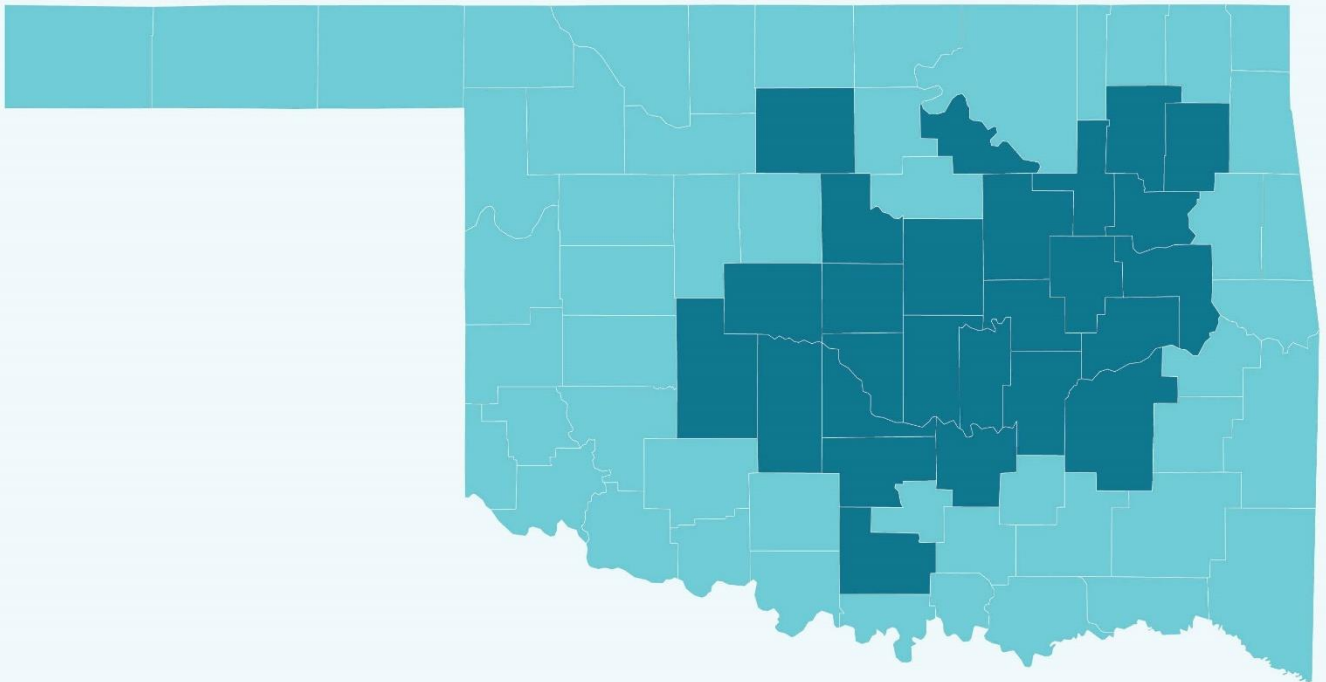
- **Asignación mensual²** para recibir ayuda con los servicios públicos, gasolina, comestibles o artículos de venta libre.
- **Asignación anual** para gastos odontológicos, oftalmológicos o auditivos.
- **42 comidas después del alta** y 28 comidas GRATUITAS adicionales al año².
- **60 horas** al año de servicios de apoyo a domicilio.
- **36 viajes** de transporte de ida.
- **Copago de \$0** en TODOS los medicamentos del formulario.
- **¡y mucho más!**

Llame para hablar con uno de nuestros agentes autorizados para saber si califica o para obtener ayuda para solicitar Medicaid.

²Los importes pueden variar según la cobertura. Si tiene preguntas, necesita materiales de forma permanente en formatos o idiomas alternativos, o necesita servicios de interpretación oral, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (TTY: 711)



Planes GlobalHealth Generations Medicare Advantage: Área de Servicio en 2024



-
- | | | | |
|-----------|----------|-----------|--------------|
| Caddo | Grady | Muskogee | Pottawatomie |
| Canadian | Hughes | Okfuskee | Rogers |
| Carter | Lincoln | Oklahoma | Seminole |
| Cleveland | Logan | Okmulgee | Tulsa |
| Creek | Mayes | Pawnee | Wagoner |
| Garfield | McClain | Pittsburg | |
| Garvin | McIntosh | Pontotoc | |

Ofertas del Plan Generations Medicare Advantage para 2024

Revisión de beneficios de los planes GlobalHealth Generations Medicare Advantage

	H3706-001 Generations Classic Rewards (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
Prima mensual	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$75/mes	N/A	N/A	\$100/mes
Gasto máximo de bolsillo (MOOP) anual	\$3,900	\$3,900	\$3,450	\$3,900
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS				
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$295/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$245/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$195/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$275/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)
Atención de salud mental para pacientes internados	Copago de \$295/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$245/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$195/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)	Copago de \$275/día (días 1-7); Copago de \$0/día (días 8-90)
Centros de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 (entre el Día 1 y el Día 20); Copago de \$184 (entre el Día 21 y el Día 100);	Copago de \$0 (entre el Día 1 y el Día 20); Copago de \$184 (entre el Día 21 y el Día 100);	Copago de \$0 (entre el Día 1 y el Día 20); Copago de \$184 (entre el Día 21 y el Día 100);	Copago de \$0 (entre el Día 1 y el Día 20); Copago de \$184 (entre el Día 21 y el Día 100);
ATENCIÓN AMBULATORIA				
PCP	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialista	Copago de \$40	Copago de \$30	Copago de \$20	Copago de \$35
Servicios quiroprácticos	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$20
Servicios de podología	Copago de \$40	Copago de \$30	Copago de \$20	Copago de \$35
Servicios de Atención Médica Domiciliar	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

	H3706-001 Generations Classic Rewards (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Copago de \$250	Copago de \$225	Copago de \$175	Copago de \$225
Cirugías hospitalarias para pacientes ambulatorios	Copago de \$320	Copago de \$275	Copago de \$225	Copago de \$275
Servicio de ambulancia terrestre (<i>viaje de ida</i>)	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$240	Copago de \$240
Atención médica de emergencia <i>Exento en caso de hospitalización para cuidados agudos o intervención quirúrgica ambulatoria.</i>	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$90	Copago de \$90
Atención de urgencia y de emergencia a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	Copago de \$90; limitado a \$50,000 en total	Copago de \$90; limitado a \$50,000 en total	Copago de \$90; limitado a \$50,000 en total	Copago de \$90; limitado a \$50,000 en total
Servicios de atención urgente	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$20	Copago de \$20
Análisis de laboratorio y radiografías ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Radiología diagnóstica - Centro independiente (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía PET, etc.)	Copago de \$180	Copago de \$180	Copago de \$175	Copago de \$180
Radiología terapéutica ambulatoria	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50	Copago de \$50
Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla	Copago de \$20	Copago de \$30	Copago de \$20	Copago de \$35
ATENCIÓN PREVENTIVA				
Servicios médicos preventivos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS				
Equipos médicos duraderos (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro	20 % de coseguro

	H3706-001 Generations Classic Rewards (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
Suministros estándar para pruebas diabéticas y CGM	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Prótesis y suministros relacionados (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B				
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluye quimioterapia)	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro	Entre 0 % y 20 % de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D				
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$5,030	\$5,030	\$5,030	\$5,030
Categoría 1: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 30 días	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Categoría 2: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 30 días	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$5	Copago de \$5
Categoría 3: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 30 días	Copago de \$42 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$42 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$42 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$42 Copago de \$35 por insulinas
Categoría 4: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 30 días	Copago de \$90 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$90 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$90 Copago de \$35 por insulinas	Copago de \$90 Copago de \$35 por insulinas
Categoría 5: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 30 días	33 % de coseguro Copago de \$35 por insulinas	33 % de coseguro Copago de \$35 por insulinas	33 % de coseguro Copago de \$35 por insulinas	33 % de coseguro Copago de \$35 por insulinas
Categoría 1: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 100 días	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Categoría 2: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 100 días	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Categoría 3: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 100 días	Copago de \$84 Copago de \$84 por insulinas	Copago de \$84 Copago de \$84 por insulinas	Copago de \$84 Copago de \$84 por insulinas	Copago de \$84 Copago de \$84 por insulinas
Categoría 4: Suministro de medicamento preferido en farmacia minorista para 100 días	Copago de \$270 Copago de \$105 por insulinas	Copago de \$270 Copago de \$105 por insulinas	Copago de \$270 Copago de \$105 por insulinas	Copago de \$270 Copago de \$105 por insulinas
Brecha en la cobertura	Sí	Sí	Sí	Sí
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS				
Beneficio odontológico integral	\$1,500/año	\$2,000/año	\$2,000/año	\$2,000/año
Beneficio oftalmológico (anteojos)	\$200/año	\$200/año	\$200/año	\$200/2 años
Beneficio para audífonos	\$1,000/año	\$1,000/año	\$1,000/año	\$1,000/año

	H3706-001 Generations Classic Rewards (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
Smart Wallet	\$500/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$115/trimestre artículos de venta libre	\$500/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$115/trimestre artículos de venta libre	\$1,000/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$150/trimestre -artículos de venta libre, comestibles o gasolina	\$1,000/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$150/trimestre -artículos de venta libre, comestibles o gasolina
Transporte	12 viajes solo de ida o vuelta/año	12 viajes solo de ida o vuelta/año	30 viajes solo de ida o vuelta/año	30 viajes solo de ida o vuelta/año
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0	\$0
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0	\$0
Entrega de comidas a domicilio tras el alta	10 comidas/año	10 comidas/año	14 comidas/año	14 comidas/año
Servicios apoyo en el hogar	30 horas por año	30 horas por año	60 horas por año	60 horas por año
Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de planificación anticipada de la atención	\$0	\$0	\$0	\$0
H3706-028 Generaciones Dual Support (HMO D-SNP) H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP) H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)				
	H3706-028 Generations Dual Support (HMO D-SNP)	H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)	H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)	
Prima mensual	\$0	\$0	\$0	
Deducible	\$0	\$0	\$0	
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	N/A	N/A	\$75/mes	
Gasto máximo de bolsillo (MOOP) anual	\$8,850	\$8,850	\$3,900 dentro de la red; \$4,900 fuera de la red	
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS				
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$0 por día	Copago de \$0 por día	Copago de \$295 por día (entre el Día 1 y el Día 7); Copago de \$0 por día (entre el Día 8 y el Día 90) dentro de la red; Copago de \$345 por día (entre el Día 1 y el Día 7); Copago de \$0 por día (entre el Día 8 y el Día 90) fuera de la red	

Consulte la Evidencia de Cobertura del plan para conocer los requisitos y limitaciones en materia de derivación y autorización previa.

	H3706-028 Generations Dual Support (HMO D-SNP)	H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)	H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)
Atención de salud mental para pacientes internados	Copago de \$0 por día	Copago de \$0 por día	\$295 por día (entre el Día 1 y el Día 7); Copago de \$0/día (días 8-90) dentro de la red; Copago de \$345/día (días 1-7) Copago de \$0/día (Días 8-90) fuera de la red
Centros de enfermería especializada (SNF)	Copago de \$0 por día	Copago de \$0 por día	\$0 por día (entre el Día 1 y el Día 20); \$184/día (días 21-100) dentro de la red; \$225/día (días 1-25) \$0/día (Días 26-100) fuera de la red
ATENCIÓN AMBULATORIA			
PCP	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 dentro de la red
Especialista	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$35 dentro de la red; Copago de \$55 fuera de la red
Servicios quiroprácticos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$20 dentro de la red
Servicios de podología	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$35 dentro de la red
Servicios de Atención Médica Domiciliaria	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0 dentro de la red
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$250 dentro de la red
Cirugías hospitalarias para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$320 dentro de la red
Servicio de ambulancia terrestre (viaje de ida)	Copago de \$0	Copago de \$0	\$240 dentro y fuera de la red
Atención médica de emergencia <i>Exento en caso de hospitalización para cuidados agudos o intervención quirúrgica ambulatoria.</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	\$90 dentro y fuera de la red
Atención de urgencia y de emergencia a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	Copago de \$90; limitado a \$50,000 combinados	Copago de \$90; limitado a \$50,000 combinados	Copago de \$90; limitado a \$50,000 combinados
Servicios de atención urgente	Copago de \$0	Copago de \$0	\$15 dentro y fuera de la red
Análisis de laboratorio y radiografías ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0	\$5 análisis de laboratorio/\$0 radiografías dentro de la red
Radiología diagnóstica - Centro independiente (resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía PET, etc.)	Copago de \$0	Copago de \$0	\$180 dentro de la red
Radiología terapéutica	Copago de \$0	Copago de \$0	\$50 dentro de la red

	H3706-028 Generations Dual Support (HMO D-SNP)	H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)	H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)
Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$20 dentro de la red
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Servicios médicos preventivos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
SUMINISTROS MÉDICOS AMBULATORIOS			
Equipos médicos duraderos (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0	Copago de \$0	20 % de coseguro
Suministros para pruebas para diabéticos	Copago de \$0	Copago de \$0	\$0
Prótesis y suministros relacionados (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)	Copago de \$0	Copago de \$0	Entre 0 % y 20 % de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B			
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluye quimioterapia)	Copago de \$0	Copago de \$0	Entre 0 % y 20 % de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D			
Deducible	\$0	\$0	No cubierto
Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$5,030	\$5,030	
Categorías 1-5: Suministro de 30 días Categorías 1-4: Suministro de 100 días	Copago de \$0 Copago de \$0 por insulinas	Copago de \$0 Copago de \$0 por insulinas	
Brecha en la cobertura	Sí	Sí	
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS			
Beneficio odontológico integral	\$2,000/año	\$6,000/año	\$1,500/año
Beneficio oftalmológico (anteojos)	\$100/año	\$400/año	\$300/año
Beneficio para audífonos	\$1,000/año	\$2,000/año	\$1,000/año
Smart Wallet	\$500/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$250/mes -artículos de venta libre, comestibles, servicios públicos o gasolina	\$1,250/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$215/mes -artículos de venta libre, comestibles, servicios públicos o gasolina	\$500/año -Atención odontológica, oftalmológica o de audición; \$100/trimestre artículos de venta libre
Transporte	36 viajes solo de ida o vuelta/año	36 viajes solo de ida o vuelta/año	24 viajes solo de ida o vuelta/año
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0

	H3706-028 Generations Dual Support (HMO D-SNP)	H3706-029 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)	H3706-009 Generations Valor (HMO-POS)
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0
Entrega de comidas a domicilio tras el alta	42/año	42/año	10/año
Apoyo de comidas	28/año	28/año	N/A
Servicios apoyo en el hogar	60 horas por año	60 horas por año	30 horas por año
Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0	\$0	\$0
Servicios de planificación anticipada de la atención	\$0	\$0	\$0

Inscríbese en un plan GlobalHealth Generations Medicare Advantage Plan

4 formas sencillas de presentar su inscripción:

Llámenos:

Para inscribirse por teléfono, llámenos al **1-855-766-7881 (TTY: 711)***

Inscríbese en línea:

Ingrese en <https://globalhealth1.destinationrx.com/PC/2024> para inscribirse.

Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en un Plan GlobalHealth Medicare Advantage a través del Centro de Inscripción en Línea de CMS ubicado en: www.Medicare.gov.

Para evitar retrasos en su inscripción, le rogamos que no envíe sus datos de inscripción más de una vez.

Si necesita ayuda para rellenar el formulario de inscripción o tiene alguna pregunta, llámenos al **1-855-766-7881 (TTY: 711)***.

Agente de ventas local:

Póngase en contacto con su agente de ventas local para que le ayude a elegir el plan adecuado y a completar su inscripción.

Por correo:

Siga estos sencillos pasos para inscribirse en un plan GlobalHealth Generations Medicare Advantage:

1. Cada solicitante debe rellenar un formulario de inscripción por separado.
2. Tenga a mano su tarjeta de Medicare. Deberá rellenar la información solicitada **EXACTAMENTE** como aparece en su tarjeta de Medicare para evitar retrasos en su inscripción.
3. **Firme y feche** el formulario de inscripción. Su formulario de inscripción no está completo sin una firma.
4. **Envíelo por correo**, junto con cualquier otra documentación requerida, a:

GlobalHealth
Attn: Eligibility and Enrollment
P.O. Box 1678
Oklahoma City, OK 73101-1678

**PARA USO EXCLUSIVO DE LOS AGENTES:
Inscripción en línea de agentes**

Tiene la opción de inscribir a un miembro en nuestro sitio web: <https://globalhealth3.destinationrx.com/PC/Agent>

¿Qué sigue? Qué esperar después de inscribirse

¡Bienvenido a la familia GlobalHealth!

Después de inscribirse en su plan Generations Medicare Advantage, utilice la siguiente guía paso a paso para saber qué esperar a continuación. ¡Asegúrese de revisar su correo para estas comunicaciones!

Paso 1:

Carta de verificación de la inscripción

Por qué recibe esto: Para asegurarle que hemos recibido su formulario de inscripción cumplimentado. (Tenga en cuenta: Medicare aún debe aprobar su inscripción).

Paso 2:

Aviso para confirmar su inscripción

Por qué recibe esto: Para confirmar que su inscripción ha sido aprobada por Medicare.

Paso 3:

Kit de bienvenida

Por qué recibe esto: Para proporcionarle un Kit de Bienvenida con información sobre el plan, incluida información sobre dónde encontrar su Evidencia de Cobertura.

Paso 4:

Tarjeta de identificación de miembro

Por qué recibe esto: Para proporcionarle una tarjeta de identificación de miembro. Debe mostrar esta tarjeta cada vez que acuda al médico, al hospital o a la farmacia (si procede).

Paso 5:

Evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Por qué recibe esto: Para proporcionar información que permita a GlobalHealth coordinar con sus proveedores de atención médica de la manera que mejor satisfaga sus necesidades de atención médica preventiva.

¿Tiene preguntas?

¡Puede llamar a nuestro amable equipo de Servicio al Cliente para que responda a sus preguntas!

1-844-280-5555 (TTY: 711)

8:00 a.m.-8:00 p.m.

Los 7 días a la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)



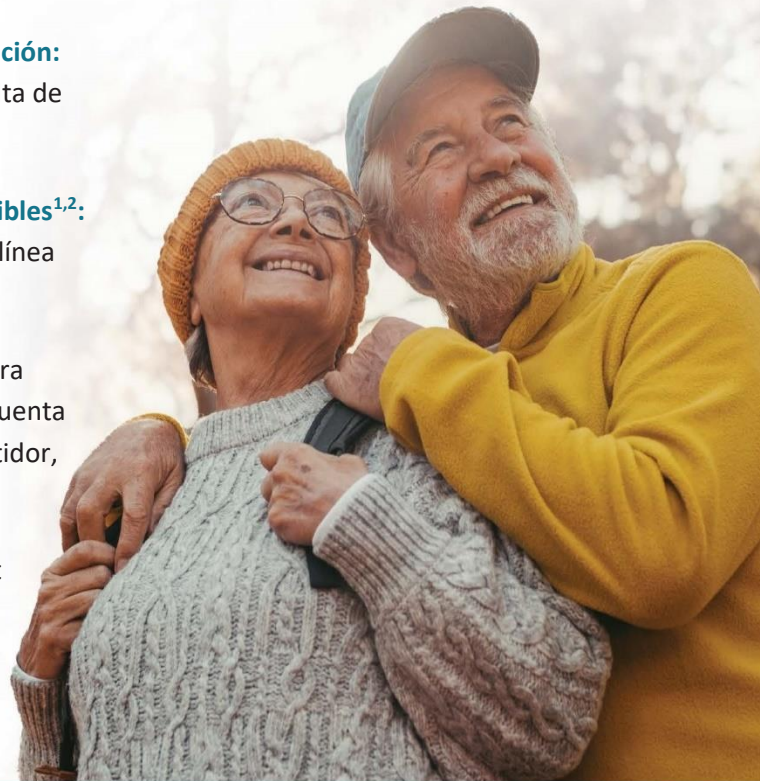
¿Qué es Smart Wallet?

GlobalHealth se asocia con NationsBenefits para ofrecer a sus miembros la Smart Wallet. Smart Wallet contendrá la asignación anual de servicios odontológicos, oftalmológicos o de la audición, y las asignaciones mensuales/trimestrales de medicamentos de venta libre, comestibles, gasolina o servicios públicos del miembro, si procede. Tenga en cuenta que no todos los planes ofrecen todas las categorías.

¡El uso de Smart Wallet es muy sencillo!

Deslice el dedo por su Smart Wallet y seleccione la opción de crédito. Tenga en cuenta que si el miembro selecciona débito, su transacción será rechazada.

- 1. Beneficios odontológicos, oftalmológicos o de la audición:** utilice su Smart Wallet para realizar pagos en la consulta de su proveedor, como una cuenta de gastos flexible.
- 2. Asignaciones para productos de venta libre o comestibles^{1,2}:** utilice su Smart Wallet en las tiendas Walmart^{®*} o en línea en [GlobalHealth.NationsBenefits.com](https://www.GlobalHealth.NationsBenefits.com).
- 3. Asignaciones de gasolina^{1,2}:** utilice su Smart Wallet para comprar gasolina ¡en cualquier gasolinera! Tenga en cuenta que debe utilizar su Smart Wallet para pagar en el surtidor, no dentro de la tienda.
- 4. Asignaciones para servicios públicos²:** utilice su Smart Wallet para pagar directamente a su(s) proveedor(es) de servicios de electricidad, gas, saneamiento, agua, teléfono fijo, TV por cable o petróleo.



Puntos para recordar

No puede utilizar Smart Wallet para retirar dinero en efectivo ni para comprar medicamentos recetados, alcohol, tabaco o tarjetas de regalo. Para consultar la lista completa de artículos elegibles, visite www.GlobalHealth.com. Puede utilizar su saldo mensual, trimestral o anual en múltiples transacciones, hasta el límite de su asignación de beneficios. El saldo restante NO se transfiere al mes, trimestre o año siguiente, excepto en Generations Classic Rewards (HMO).

*No disponible para su uso en Walmart.com. 1Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para miembros con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir todos los criterios de elegibilidad para los beneficios. 2Los importes pueden variar según la cobertura. Si tiene preguntas, necesita materiales de forma permanente en formatos o idiomas alternativos, o necesita servicios de interpretación oral, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (TTY: 711).

GlobalHealth

Beneficios complementarios

GlobalHealth se asocia con grandes empresas para ofrecer beneficios adicionales, como servicios odontológicos, oftalmológicos, de audición, de apoyo en el hogar, transporte, acondicionamiento físico, entrega de comidas a domicilio, línea de consejos de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, planificación anticipada de la atención y sistema personal de respuesta a emergencias. Cuando utilice estos beneficios, debe permanecer en la red de proveedores y llevar su tarjeta de identificación de GlobalHealth al centro de la red participante en su primera visita o tenerla lista cuando llame. Compruebe la evidencia de cobertura (EOC) de su plan para verificar la cobertura de los servicios que se indican a continuación.

	Odontológicos:	DentaQuest 1-833-955-3423 (TTY: 800-466-7666)	8:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro Los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)
	Oftalmológicos:	EyeMed 1-800-884-6321 (TTY: 711)	7:00 a.m.-1:00 a.m., hora estándar del centro de lunes a sábado; 10:00 a.m. - 7:00 p.m., hora estándar del centro los domingos (del 1.º de octubre al 31 de marzo) 7:00 a.m. - 10:00 p.m., hora estándar del centro de lunes a sábado; 10:00 a.m. - 7:00 p.m., hora estándar del centro los domingos (del 1.º de abril al 30 de septiembre)
	Audición:	NationsHearing 1-877-241-4736 (TTY: 711)	8:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro Los 7 días de la semana
	Servicios de apoyo en el hogar:	Papa Pals 1-855-485-9692 (TTY: 711)	7:00 a.m.-10:00 p.m., hora estándar del centro Los 7 días de la semana
	Transporte:	Viaje de ida y vuelta 1-877-565-1612	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Acondicionamiento Físico:	Silver&Fit 1-877-427-4788	7:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro De lunes a viernes
	Reparto de comidas a domicilio:	Independent Living Systems Organizado por GlobalHealth Administradores de casos 1-844-280-5555 (TTY: 711)	8:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro Los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)
	Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana:	Línea de enfermería CareNet 24/7 1-800-554-9371 (TTY: 711)	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Planificación anticipada de la atención:	Vital Decisions www.globalhealth.mylivingvoice.com	
	Sistema personal de respuesta a emergencias:	NationsBenefits 1-877-241-4736 (TTY: 711)	8:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro Los 7 días de la semana

Medicare Parte D

Cobertura de medicamentos recetados (tres etapas)

1

Etapa de Cobertura Inicial

El plan paga su parte del coste, y usted paga su parte (copago/coseguro) hasta que el coste total de sus medicamentos alcance los **\$5,030**.

Por ejemplo:

Medicamento = \$50

El Plan Paga = \$40

Usted paga = \$10

2

Etapa de Brecha en la Cobertura

Usted **no pagará más del 25 %** para los medicamentos genéricos cubiertos **o del 25 % para el resto de medicamentos**, más una parte de la cuota de dispensación hasta que alcance los **\$8,000**.

Ejemplo de medicamento genérico:

Medicamento = \$50

El plan paga = 75 % (\$37,50)

Usted paga = 25 % (\$12,50)

Brecha en la cobertura para lo siguiente:

- ✓ Todos los medicamentos de categoría 1
- ✓ Categoría 3: Insulinas y antidiabéticos*

3

Etapa de Cobertura Catastrófica

Pagará **\$0** por todos los medicamentos.

Ejemplo de medicamento genérico:

Medicamento = \$50

Medicare paga = \$40

El Plan Paga = \$10

Usted paga = \$0

Los planes GlobalHealth Medicare Advantage **no tienen etapa de deducible**. Los miembros abonan un copago máximo de hasta **\$35** por el suministro de insulina para un mes en la cobertura inicial y en las etapas de pago de brecha en la cobertura. Los miembros del D-SNP pagan **\$0** en todas las etapas de pago.

¿Necesita más ayuda? ¡Puede que cumpla los requisitos!

Es posible que pueda obtener una ayuda adicional para sufragar los gastos de sus medicamentos recetados. Para saber si califica, comuníquese con:

GlobalHealth: 1-855-766-7881 (TTY: 711),

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)

Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048)

Oficina de Seguro Social: 1-800-772-1213,
7:00 a.m. a 7:00 p.m. (TTY: 1-800-325-0778)

Medicaid del estado (línea de ayuda SoonerCare): 1-800-987-7767
8:00 a.m.-5:00 p.m. de lunes a viernes

*Los beneficios pueden variar según el plan



Formulario de 5 categorías

En el formulario de medicamentos recetados verá que los medicamentos se dividen en un sistema de categorías. En pocas palabras, **cuanto más caro es el medicamento, más alta es la categoría**. Cada categoría tendrá un costo de bolsillo definido que deberá pagar antes de recibir el medicamento recetado. Tenga en cuenta que los planes D-SNP sólo tienen una única categoría para los medicamentos recetados cubiertos. El sistema de categorías es el siguiente:

Categoría 1

(medicamentos genéricos preferidos)

Medicamentos genéricos preferidos que se recetan habitualmente



Categoría 2

(medicamentos genéricos)

Medicamentos genéricos que pueden tener un copago bajo



Categoría 3

(medicamentos de marca preferidos)

Medicamentos de marca preferidos que no tienen un genérico equivalente y son los medicamentos de marca más baratos



Categoría 4

(medicamentos no preferidos)

Los medicamentos no preferidos incluyen los medicamentos de marca no preferidos y los medicamentos genéricos no preferidos.



Categoría 5

(medicamentos especializados)

Los medicamentos especializados son los más caros del sistema de categorías y se utilizan para tratar enfermedades complejas, como el cáncer

¿Qué significa **MOOP**?

El gasto máximo de bolsillo (Maximum out-of-pocket, MOOP) es el límite de lo que usted paga cuando comparte el costo de su atención a través de deducibles, el coseguro y los copagos. Lo que usted paga por los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos el deducible, el coseguro y los copagos de su plan, se aplica a su MOOP. Lo que pague en concepto de coseguro y copagos de los beneficios complementarios no se aplica a su MOOP. Una vez alcanzado su MOOP, el plan paga el 100 % de los siguientes servicios. Nuestros planes Generations Medicare Advantage le protegen con un gasto máximo de bolsillo BAJO.

Servicios para pacientes internados:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención de salud mental para pacientes internados
- Centro de enfermería especializada

Servicios ambulatorios:

- Consultas con el médico
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de podología
- Servicios de Atención Médica Domiciliaria
- Atención médica de salud mental ambulatoria
- Servicios ambulatorios por abuso de sustancias
- Cirugía para pacientes ambulatorios
- Servicios de ambulancia médicamente necesarios
- Atención médica de emergencia
- Atención de urgencia
- Servicios ambulatorios de rehabilitación (OT, PT y ST)

Servicios y suministros médicos ambulatorios:

- Consulta preventiva anual
- Equipo médico duradero
- Prótesis
- Autocontrol y capacitación para la diabetes
- Suministros para el control de la diabetes
- Terapia y suministros nutricionales
- Pruebas diagnósticas
- Radiografías
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Mediciones de masa ósea
- Exámenes de detección colorrectal
- Vacunas (gripe, hepatitis B, neumonía)
- Mamografías
- Pruebas de Papanicolaou
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Servicios para la insuficiencia renal terminal



Números de teléfono importantes

¿Tiene preguntas sobre los beneficios de su plan? Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para resolver sus dudas. Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare, llame a nuestra línea directa. Tenga esta lista a mano para saber siempre a quién llamar.

Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (TTY: 711)

8:00 a.m.-8:00 p.m.

Los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)

¿Por qué llamar?

Hable con un Defensor del Miembro:

- Si ha perdido documentos importantes del plan, como la tarjeta de identificación de miembro o el Resumen de beneficios.
- Si necesita obtener autorización para un servicio o procedimiento.
- Si necesita saber si un procedimiento o servicio específico está cubierto.
- Si tiene preguntas sobre beneficios o cobertura.
- Si necesita ayuda para localizar un proveedor o una farmacia de la red.
- Si necesita verificar si una receta está en el formulario de medicamentos.

Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día:

1-800-554-9371

Línea directa de Fraude, derroche y abuso:

1-877-627-0004

Todas las comunicaciones son confidenciales y anónimas

¿Por qué llamar?

Informar de cualquier fraude en la atención médica, como:

- El proveedor le factura servicios médicos, suministros o artículos que no ha recibido.
- El proveedor presta servicios médicamente innecesarios para obtener el pago del seguro.
- Alguien roba su información personal para presentar reclamaciones falsas con el fin de obtener el beneficio del seguro.
- Alguien finge representar a Medicare, a la Administración de Seguro Social o a un plan de seguros con el fin de obtener información personal.

Visite www.GlobalHealthMedicare.com para encontrar información sobre el plan y recursos útiles.

¿Aún tiene preguntas?

Obtenga respuestas sencillas a sus preguntas sobre Medicare. Compare los planes Generations Medicare Advantage de GlobalHealth con su plan actual.

Hable con un agente autorizado:

1-855-766-7881 | TTY: 711

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)

**Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado.*



Términos clave

Coseguro: una suma que quizá deba pagar como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Copago: monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costo Compartido: se refiere a las cantidades que el miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos (por ejemplo, su copago o coseguro).

C-SNP (Plan de Necesidades Crónicas Especiales): un plan Medicare Advantage diseñado para beneficiarios de Medicare con enfermedades crónicas como las cardiopatías. Se pueden ofrecer planes C-SNP para una sola enfermedad o para un grupo de enfermedades.

Deducible: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan empiece a pagar.

Formulario de medicamentos: una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud - Punto de Servicio (HMO-POS): un Plan Medicare Advantage que es una Organización para el Mantenimiento de la Salud con una red más flexible que permite a los Miembros del Plan buscar atención fuera de la red tradicional de la HMO en determinadas situaciones o para determinados tratamientos.

Gasto máximo de bolsillo (MOOP): pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos.

Dentro de la red: grupo de proveedores, centros y farmacias contratados por el plan.

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Autorización Previa: para determinados servicios o medicamentos recetados, tendrá que obtener la aprobación previa de su proveedor de seguros antes de obtener los servicios o medicamentos. Su médico de atención primaria (primary care physician, PCP) o especialista puede solicitar la autorización previa a su seguro.

**LAS PÁGINAS SIGUIENTES
SON PARA USO EXCLUSIVO DE
LOS AGENTES**



Formulario de inscripción

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para adherirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario).
- Medicare Parte B (seguro médico.)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1.º de enero).
- En los 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite afiliarse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe cumplimentar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de sus beneficios mensuales de Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

¿Y ahora qué?

Envíe su formulario cumplimentado y firmado a

Por correo:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 1678
Oklahoma City, OK 73101

Por fax: 405-280-5455

Por correo electrónico:

brokersupport@globalhealth.com

Una vez procesada su solicitud de inscripción, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a GlobalHealth al 1-844-280-5555.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a GlobalHealth al

1-844-280-5555/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques de Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la ley de Reducción de Papeles de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro documento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todos los elementos que recibamos que no se refieran a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni remitirán al plan. Consulte la sección "¿Y ahora qué?" de esta página para enviar su formulario cumplimentado al plan.

H3706_043_LONGENROLLFORM2024_C



Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea adherirse:

- | | | | |
|---|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Generations Classic Rewards (HMO): | \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Generations Chronic Care (HMO C-SNP): | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Generations Valor (HMO-POS)*: | \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP): | \$0 por mes |
| <input type="checkbox"/> Generations Classic Plus (HMO): | \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Generations Dual Support (HMO D-SNP)**: | \$0 por mes |
| | | <input type="checkbox"/> Generations Dual Premier (HMO D-SNP)**: | \$0 por mes |

*(Sólo plan MA, sin cobertura de medicamentos)

** (Sólo para elegibles para QMB y elegibles duales para QMB de beneficios completos)

APELLIDO: NOMBRE: (Opcional) Inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento: M M D D A A A A Sexo: Hombre Mujer Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente 1: (No introduzca un apartado de correos)
 Número de la calle Nombre de la calle Lote/Apartamento
Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es distinta de su dirección permanente (se admite apartado de correos):
 Número de la calle Nombre de la calle Lote/Apartamento
Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico (opcional):

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o varios.

- Evidencia de cobertura Formulario (Lista de medicamentos cubiertos) Directorio de proveedores Directorio de farmacias Resumen de beneficios

Sus datos de Medicare:

Número de Medicare: - -

Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de GlobalHealth? Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro de esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

Por favor, elija el NOMBRE de un Médico de Atención Primaria (PCP), Clínica o Centro de Salud:

de identificación del PCP:

NOMBRE: Inicial del 2.º nombre: APELLIDO:

¿Es usted paciente de este PCP? Sí No

Criterios de los planes duales para necesidades especiales: Si solicita alguno de los siguientes planes, facilite su identificación de Medicaid.

ID de Medicaid

- Generations Dual Support (HMO D-SNP)
- Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

Criterios de los planes de necesidades crónicas especiales: Si solicita alguno de los siguientes planes, rellene el "Formulario de precalificación del plan de necesidades crónicas especiales (SNP)" que se adjunta al final de este formulario de solicitud.

- Generations Chronic Care (HMO C-SNP)
- Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en GlobalHealth.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que GlobalHealth compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar a la inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de GlobalHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de GlobalHealth. Los beneficios y servicios provistos por GlobalHealth y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de GlobalHealth (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni GlobalHealth pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:	M M D D A A A A			
	Fecha de hoy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

APELLIDO:	NOMBRE:	(Opcional) Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de residencia permanente		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de la calle	Nombre de la calle	Lote/Apartamento
Ciudad: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Código postal: <input type="text"/>
Número de teléfono: <input type="text"/>	Relación con el afiliado: <input type="text"/>	

Sección 2 - Todos los campos son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No pueden denegarle la cobertura por no completarlos.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Letra grande CD de Audio Braille

Póngase en contacto con GlobalHealth llamando al 1-844-280-5555 si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días a la semana y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

No, no de origen hispano, latino o español Sí, cubano Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano/a

Sí, portorriqueño Sí, otro origen hispano, latino o español Decido no contestar

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái Samoano Otro isleño del Pacífico

Asiático Indio Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otros asiáticos Guameño o chamorro

Decido no contestar



Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

Normalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo. Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se le podrá dar de baja.

<input type="checkbox"/>	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
<input type="checkbox"/>	Me he mudado recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me he mudado recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a EE. UU. el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Recientemente he obtenido la condición de presencia legal en Estados Unidos. Recibí esta condición el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Recientemente he tenido un cambio en mi Medicaid (he obtenido Medicaid recientemente, he tenido un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Recientemente he tenido un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de recibir la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o he perdido la Ayuda Adicional) el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
<input type="checkbox"/>	Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en un centro de este tipo o me he mudado recientemente de un centro de este tipo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al/me fui del centro el: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hace poco dejé un programa PACE el: <input type="text"/>

Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Yo perdí mi cobertura de medicamentos el: / /

Dejaré la cobertura de mi empleador o del sindicato el: / /

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.

Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

Medicare (o mi estado) me ha inscrito en un plan y quiero elegir otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el: / /

Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el: / /

Me he visto afectado por una emergencia o catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras afirmaciones de aquí se aplicaba a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Otros

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, póngase en contacto con GlobalHealth al 1-844-280-5555 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si puede inscribirse. Estamos a disposición de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

USO EXCLUSIVO DE AGENTES/OFCINAS

Apellido: **Nombre:** **(Opcional) Inicial del 2.º nombre:**

Identificador de beneficiario de Medicare (MBI):



Herramienta de evaluación de la calificación previa a la inscripción

El Plan de Necesidades Crónicas Especiales (C-SNP) es un tipo de plan coordinado de Medicare Advantage dirigido a personas con necesidades crónicas especiales. GlobalHealth ofrece planes para necesidades crónicas especiales diseñados para personas con ciertas enfermedades crónicas o discapacitantes.

Usted puede ser elegible para unirse a uno de los C-SNP de GlobalHealth si puede responder SÍ a cualquiera de las preguntas a continuación. GlobalHealth necesitará obtener verificación de la enfermedad crónica por parte de su médico dentro del primer mes de inscripción. Si no podemos verificar su enfermedad crónica, debemos darle de baja de este plan de necesidades crónicas especiales. Es muy importante que informe a su médico de que necesitaremos su verificación y que nos facilite los datos de contacto exactos de su médico al final de este formulario.

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA PRECALIFICAR SU ELEGIBILIDAD EN UN C-SNP

¿Le ha diagnosticado su médico u otro profesional de atención médica autorizado alguna de las siguientes afecciones médicas?

(Marque todo lo que corresponda)

Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) Sí No

Trastorno cardiovascular Sí No

Diabetes Mellitus Sí No

Insuficiencia cardíaca crónica

¿Tiene líquido en los pulmones?

Sí No

¿Tiene los pies y las piernas hinchados casi todos los días por exceso de líquido en el cuerpo?

Sí No

¿Toma medicamentos para el líquido de los pulmones o para ayudar a que su corazón lata más fuerte?

Sí No

Trastorno cardiovascular

¿Ha sufrido un ataque cardíaco o su médico le ha dicho que corre el riesgo de sufrirlo?

Sí No

¿Tiene dolor en el corazón (angina de pecho) o en las piernas (claudicación) cuando hace actividad física?

Sí No

¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación?

Sí No

Diabetes mellitus

¿Comprueba su glucemia en casa?

Sí No

¿Tiene la glucemia alta?

Sí No

¿Toma medicamentos para controlar la glucemia?

Sí No

Información sobre el beneficiario

Nombre del beneficiario:

Apellido:	Nombre:	(Opcional) Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento:

MM/DD/AAAA

Número de identificación de Medicare (HICN):

Autorizo a los proveedores enumerados a continuación a compartir mi información médica con GlobalHealth para verificar que padezco una enfermedad crónica que me califica para la inscripción en el plan de necesidades crónicas especiales de GlobalHealth. Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor en relación con mi historial médico para la(s) enfermedad(es) crónica(s) indicada(s) en la primera página. Nota: GlobalHealth protegerá la información divulgada como resultado de esta autorización de conformidad con las leyes y requisitos estatales y federales que correspondan. Llámenos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario. Puede llamarnos al 1-844-280-5555 (TTY: 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Visítenos en cualquier momento en www.globalhealth.com.

Firma del afiliado:

Fecha de hoy: MM/DD/AAAA

/ /

Nombre de su médico o proveedor de atención médica:

Apellido:	Nombre:	(Opcional) Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono:	Número de fax:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(Opcional) Nombre de su médico o proveedor de atención médica:

Apellido:	Nombre:	(Opcional) Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono:	Número de fax:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	



Confirmación de alcance de la cita previa de venta

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que los agentes de ventas y corredores documenten el alcance de una cita de comercialización antes de cualquier reunión de ventas presencial para garantizar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información facilitada en este formulario es confidencial y debe ser completada por el beneficiario de Medicare o su representante autorizado.

Ponga sus iniciales al lado del tipo de producto(s) del que desea hablar.

- Plan HMO-POS Medicare Advantage (sólo Parte C)
- Plan HMO Medicare Advantage y plan de medicamentos recetados (Parte C y D)
- Plan HMO SNP y plan de medicamentos recetados (Parte C y D)

Al firmar este formulario, acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que ha marcado con sus iniciales más arriba.

Tenga en cuenta que la persona que le hablará de los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el Gobierno Federal. También se le puede pagar a esta persona en función de su inscripción en un plan. Firmar este formulario **NO** le obliga a inscribirse en un plan, ni afecta a su inscripción actual o futura, ni le inscribe en un plan de Medicare.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:		
Firma:	Fecha de la firma:	Fecha de nacimiento:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de imprenta:		
Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:	
Para ser completado por el agente/corredor:		
Nombre del agente/corredor:	Teléfono del agente/corredor	
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:	
Dirección del beneficiario:		
Método inicial de contacto:	<input type="checkbox"/> Evento de ventas	<input type="checkbox"/> Sin cita previa
Firma del agente/corredor:		
Si el formulario fue firmado por el beneficiario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el alcance de cita (SOA) antes de la reunión.		
Plan(es) que el agente representó durante esta reunión:	Fecha en que se realizó la cita:	

La duración de este SOA es de 12 meses a partir de la fecha de la firma del beneficiario.

Aviso de confidencialidad: Esta comunicación es privilegiada y confidencial, o información médica (electrónica) protegida (protected health information, PHI/ePHI), y puede estar sujeta a protección en virtud de la ley, incluida la HIPAA. Esta comunicación está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que va dirigida. Si usted no es el destinatario, le advertimos que cualquier uso, divulgación, distribución, copia o acción realizada en base al contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta información por error, notifíquelo inmediatamente al remitente y coordine su devolución.

H3706_036_SOA2024_C



Lista de control previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda perfectamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del servicio de atención al cliente al 1-844-280-5555 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Comprender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-844-280-5555 (TTY: 711) para ver una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta ahora pertenecen a la red. Si no figuran en la lista, es probable que tenga que elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para cualquier medicamento recetado pertenece a la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas. No aplicable para GlobalHealth Generations Valor (HMO-POS).
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos. No aplicable para GlobalHealth Generations Valor (HMO-POS).

Cómo entender las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se descuenta cada mes de su cheque de Seguro Social. Si el plan en cuestión incluye una reducción de la Parte B o es un D-SNP, su prima de la Parte B de Medicare puede ser inferior a la prima estándar.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Nuestro plan Generations Valor (HMO-POS) le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, éste debe aceptar atenderle. Pagará un copago más elevado por los servicios recibidos de un proveedor no contratado. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención.
- Generations Chronic Care (HMO C-SNP) y Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) son planes de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Para poder inscribirse, deberá brindar una verificación de que padece una enfermedad crónica grave o discapacitante.
- Generations Dual Support (HMO D-SNP) y Generations Dual Premier (HMO D-SNP) son planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Para inscribirse, deberá brindar una verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Con base en una revisión del Modelo de Atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) aprobó a GlobalHealth a fin de operar un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) durante 2024.

H3706_037_PREENROLLCHECKLIST2024_C



Encuesta de salud

Complete esta encuesta. El objetivo de esta encuesta es ayudarnos a conocer su estado de salud y sus necesidades específicas de atención médica para que podamos trabajar juntos y proporcionarle los servicios necesarios para alcanzar sus objetivos de salud. Sus respuestas **NO** afectarán a sus beneficios. Podemos compartir su información con su médico de cabecera. Si tiene alguna pregunta al respecto, póngase en contacto con Atención al Cliente - 1-844-280-5555 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Fecha: _____ **Nombre e identificación del agente (si es asistido por un agente):** _____

Nombre: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **Estado civil:** Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Número de teléfono: _____ **ID de miembro/Solicitud:** _____

<p>1. ¿Cuál es su raza?</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático Indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Decido no contestar</p>
<p>2. ¿Cuál es su etnia?</p> <p><input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Decido no contestar</p>
<p>3. ¿Cuál es su lengua materna?</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Decido no contestar</p>
<p>4. Marque si alguna vez ha padecido o ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes enfermedades crónicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/Demencia <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune (esclerosis múltiple/miastenia grave)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Artritis o dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular/Enfermedad de arteria coronaria/Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Depresión/Enfermedad mental</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/Enfermedad cardíaca/Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol/Triglicéridos elevados <input type="checkbox"/> Enfermedad/Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Trastorno inmunitario (VIH o SIDA)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares (enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad neurodegenerativa (Parkinson/Corea de Huntington) <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos (hígado, riñón, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular</p>
<p>5. Marque las siguientes enfermedades que padece actualmente o para las que recibe tratamiento médico:</p> <p><input type="checkbox"/> Hinchazón de pies/tobillos/piernas <input type="checkbox"/> Aumento repentino de peso <input type="checkbox"/> Diálisis renal <input type="checkbox"/> Llagas, heridas o úlceras abiertas en la piel</p>
<p>6. Acceso a la atención médica y tratamiento</p> <p>a. En los últimos 12 meses, ¿la falta de un medio de transporte fiable le ha impedido acudir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. ¿Ha acudido a una visita presencial (en persona o virtual) con su médico para un examen físico anual o una consulta preventiva en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. ¿Está inscrito en un centro de cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d. ¿Cuántas veces ha ido a la sala de emergencias en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1-3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3</p> <p>e. ¿Cuántas veces fue internado en el hospital en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1-3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3</p> <p>f. ¿Cuándo fue su último examen completo de ojo dilatado? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Hace menos de 12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses</p> <p>g. ¿Cree que su atención médica se ha visto afectada por su edad, ingresos, educación, raza, sexo u origen étnico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

7. Actividades de la vida diaria

- a. ¿Necesita ayuda para bañarse, vestirse, preparar comidas, alimentarse o ir al baño? Sí No
- b. ¿Necesita ayuda para andar, levantarse de una silla o levantarse de la cama? Sí No
- c. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos según lo recetado? Sí No
- d. ¿Utiliza actualmente dispositivos de asistencia o equipos duraderos para caminar, bañarse, ducharse o utilizar el baño, es decir, una silla de ruedas, un andador, un bastón, un asiento de inodoro elevado, etc.? Sí No
- e. ¿Tiene un cuidador que le ayude con sus necesidades? Sí No
- f. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?: Nunca Una vez Más de una vez
- g. Si actualmente tiene molestias y dolores, díganos cuál es la intensidad del dolor. (siendo 1-3 muy poco dolor, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor intenso) No tengo dolor 1-3 4-6 7-10

8. Conductual y social

- a. En los últimos 3 meses, ¿se ha sentido triste, melancólico o deprimido? Sí No
- b. En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado cambios en el pensamiento, la memoria o la toma de decisiones? Sí No
- c. ¿Le causan problemas en su vida diaria los olvidos (como olvidarse de pagar las facturas o de tomar la medicación)? Sí No
- d. ¿Fuma? Sí No
- e. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta D, ¿desea recibir información que le ayude a dejar de fumar? Sí No
- f. ¿Consume más de dos bebidas alcohólicas al día? Sí No
- g. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido drogas o sustancias ilegales? Sí No
- h. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta G, ¿desea recibir información sobre cómo controlar este problema? Sí No
- i. ¿Suele relacionarse con otras personas? Sí No
- j. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
- k. ¿Se siente en la actualidad amenazado o que es víctima de maltrato físico, mental o abuso sexual? Sí No
- l. ¿Experimenta sentimientos de estrés relacionados con su salud, sus finanzas, sus relaciones familiares o sociales, su trabajo, etc.? Sí No
- m. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud? Excelente/muy bueno Bueno Regular Malo
- n. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido dificultades para pagar sus gastos de subsistencia? Sí No
- o. En los últimos 12 meses, ¿se preocupó de no tener suficiente dinero para comer?
 A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto
- p. En los últimos 12 meses, la comida que compró no duró y no tuvo dinero para comprar más.
 A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto
- q. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
 Tengo un lugar estable donde vivir Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
 No tengo un lugar estable donde vivir (estoy alojado temporalmente en casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo a la intemperie en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque).
- r. ¿Puede pagar sus medicamentos? Sí No
- s. ¿Desea recibir información sobre directivas anticipadas o testamentos vitales? Sí No
- t. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha cursado?
 Escuela primaria Escuela secundaria Escuela profesional Universidad
- u. ¿Sabe leer bien? Muy bien Bien Mal No sé leer
- v. ¿Puede acceder a su información médica por vía electrónica y comprenderla? Sí No

9. Tratamiento médico/vacunas

- a. ¿Cuántos medicamentos diferentes toma cada día? 1-3 4-6 Más de 6 Ninguno
- b. ¿Cuándo se vacunó contra la gripe por última vez? Nunca En los últimos 12 meses Hace más de 12 meses
- c. ¿Cuándo se vacunó por última vez contra la neumonía? Nunca Hace menos de 10 años Hace más de 10 años
- d. ¿Ha recibido las vacunas contra el COVID-19? Sí No
- e. Si ha recibido las vacunas contra el COVID-19, ¿ha recibido las vacunas de refuerzo? Sí No

Aviso de confidencialidad: Esta comunicación es privilegiada y confidencial, o información médica (electrónica) protegida (protected health information, PHI/ePHI), y puede estar sujeta a protección en virtud de la ley, incluida la HIPAA. Esta comunicación está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que va dirigida. Si usted no es el destinatario, le advertimos que cualquier uso, divulgación, distribución, copia o acción realizada en base al contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta información por error, notifíquelo inmediatamente al remitente y coordine su devolución. H3706_123_HRA2024_C

Anexo en múltiples idiomas

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

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 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: 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 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarín: 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 (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。

Chino cantonés: 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 (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。

Tagalo: 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 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: 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 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: 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 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

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

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

Ruso: 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 (TTY: 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا 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 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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

Italiano: 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 (TTY: 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: 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 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 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 (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

PLANES MEDICARE ADVANTAGE

Si tiene preguntas o quiere inscribirse:

1-855-766-7881 (TTY: 711)

8:00 a.m.-8:00 p.m., hora estándar del centro

Los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre)

www.GlobalHealthMedicare.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. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado. Con base en una revisión del Modelo de Atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) aprobó a GlobalHealth a fin de operar un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) durante 2024. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan Generations Valor (HMO-POS), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Fraude, derroche y abuso: GlobalHealth se compromete a combatir el fraude, el derroche y el abuso en la atención médica. Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare, llame a nuestra línea directa: 1-877-627-0004. Póngase en contacto con el plan para obtener más información.