



GlobalHealth

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

Aviso Anual de Cambios para 2024

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Special Care (HMO C-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*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si 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

Aprobación de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Fecha de vencimiento: 29 de febrero de 2024)

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en el Generations Chronic Care (HMO C-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 Chronic Care (HMO C-SNP).
- 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.
- 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 Chronic Care (HMO C-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 mencione "plan" o "nuestro plan", significa Generations Chronic Care (HMO C-SNP).

H3706_004_024ANOC2024_M

Aviso Anual de Cambios para el 2024

Índice

Resumen de Costos Importantes para el 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	11
Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual	11
Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo	12
Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	12
Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	12
Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	16
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir	21
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	21
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan	22
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	23
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	23
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	24
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	24
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	24

Resumen de Costos Importantes para el 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2023 y los costos de 2024 para Generations Chronic Care (HMO C-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

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.		
Suma máxima de su bolsillo	\$3,450	\$3,450
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).		
Consultas con el médico	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con un especialista: \$20 por consulta	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con un especialista: \$20 por consulta
Internación en hospital	Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.	Usted paga \$195 de copago por día para los días 1 a 7. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Deducible: \$0 Copago/ Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Deducible: \$0 Copago/ Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).		

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$10 • Categoría de medicamento 3: \$47 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$100 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas de por suministro 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$5 	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$10 • Categoría de medicamento 3: \$47 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$100 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas de por suministro 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$5 • Categoría de medicamento 3: \$42

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 3: \$42 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$90 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$10 • Categoría de medicamento 3: \$47 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$90 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$10 • Categoría de medicamento 3: \$47 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$100 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$100 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$5 • Categoría de medicamento 3: \$42 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$90 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido preferido en pedidos por correo de 30 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$5 • Categoría de medicamento 3: \$42 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$90 <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$15 • Categoría de medicamento 2: \$30 • Categoría de medicamento 3: \$141 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$15 • Categoría de medicamento 2: \$30 • Categoría de medicamento 3: \$141 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$300 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido preferido en farmacias minoristas por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 <p>Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$270

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 <p>Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$270 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$15 • Categoría de medicamento 2: \$30 • Categoría de medicamento 3: \$141 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$15 • Categoría de medicamento 2: \$30 • Categoría de medicamento 3: \$141 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$300 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 	<p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$15 • Categoría de medicamento 2: \$30 • Categoría de medicamento 3: \$141 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$300 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<p>de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Costo compartido preferido en pedidos por correo por suministro de 100 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 <p>Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$270 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Cobertura de catástrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos. 	<p>Usted paga \$84 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 4: \$270 <p>Usted paga \$105 por un suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Cobertura de catástrofe:</p> <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 y medicamentos no Medicamentos Excluidos que tienen cobertura bajo nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Por cada receta, usted paga cualquiera de las siguientes proporciones, la que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro), o un copago (\$4.15 para los medicamentos genéricos o medicamentos que son considerados genéricos, y \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 –Cambios en la Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).</p>	\$0	\$0

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

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	\$3,450	\$3,450
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo. Su costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,450 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.

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.

Habrá 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.**

Habrá 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

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, 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 trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos agrícolas.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), gasolina, alimentos y productos agrícolas.</p>
<p>Gasolina</p>	<p>La gasolina <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), gasolina, alimentos y productos agrícolas.</p>
<p>Terapia de infusiones en el hogar</p>	<p>Usted paga 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga hasta el 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej., un medicamento de marca) según la fecha de los servicios. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted paga hasta el 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej., un medicamento de marca) según la fecha de los servicios. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia.</p> <p>No pagará más que \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina que se utiliza en una bomba de insulina.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo 	<p>Usted paga 20% del costo total de los medicamentos de la Parte B de Medicare recibidos durante una visita al hospital para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga hasta el 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare recibidos durante una visita al hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej., un medicamento de marca) según la fecha de los servicios. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia.</p>
<p>Medicamentos y suministros de venta libre (OTC)</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos agrícolas.</p>	<p>Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), gasolina, alimentos y productos agrícolas.</p>
<p>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de la Parte B: 	<p>Usted paga el 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare recibidos durante una visita al consultorio médico.</p>	<p>Usted paga hasta el 20% del total del costo de los medicamentos de la Parte B de Medicare recibidos durante una visita al consultorio médico.</p> <p>No pagará más que el monto en dólares del porcentaje de coseguro ajustado que se aplica al medicamento reembolsable específico de la Parte B (por lo general, un medicamento de fuente única, p. ej. un medicamento de marca) según la fecha de los servicios. Esto se aplica a medicamentos</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
		específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia.
SmartWallet	Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), alimentos y productos agrícolas. La gasolina <u>no</u> está cubierta.	Solo pagaremos hasta un total de \$150 por trimestre por los gastos de su bolsillo para una combinación de artículos de venta libre (OTC), gasolina, alimentos y productos agrícolas.
Transporte	El servicio de transporte está limitado a 24 viajes de ida por año Puede que se requiera autorización previa.	El servicio de transporte está limitado a 30 viajes de ida por año <u>No</u> se necesita autorización previa.

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, o si su medicamento ha sido incluido en una categoría diferente de costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, 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

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2023, llame a Servicio al Cliente y pida su “Cláusula Adicional LIS”.

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

Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios del 2023 para 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. 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	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: Categoría 1 - genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i>	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: Categoría 1 - genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>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>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 2 - genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos especializados:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Categoría 2 - genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$10 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<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><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos especializados:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i></p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i></p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.</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)
Medicamentos excluidos	El Benzonatato (medicamento para la tos) <u>no</u> está cubierto.	El Benzonatato (medicamento para la tos) está cubierto.
Alimentos y productos agrícolas	Los alimentos y los productos agrícolas deben adquirirse en determinadas tiendas minoristas.	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	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"> • 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 		<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

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<ul style="list-style-type: none"> Smart Wallet 		<ul style="list-style-type: none"> Día de Acción de Gracias Día de Navidad
<p>Programación de transporte</p>	<p>La ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan <u>no</u> incluye la farmacia.</p> <p>Se requiere aviso con 72 horas de anticipación.</p>	<p>La ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan incluye la farmacia.</p> <p>Es posible que se requiera un aviso con 48 horas de anticipación.</p>

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

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

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse para el 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 Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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 Chronic Care (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Chronic Care (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan

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

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero del 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 Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 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

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 ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarlo a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar a Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Para conocer más sobre Senior Health Insurance Counseling Program, puede visitar su sitio web (<https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>).

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para saber si califica, comuníquese con:
 - 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.

- **Asistencia de Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye la prueba de residencia en el estado y la condición del VIH, los bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Chronic Care (HMO C-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 Chronic Care (HMO C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. 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:

Aprobación de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Fecha de vencimiento: 29 de febrero de 2024)

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.

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 panggagamot. 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: 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 (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