



GlobalHealth

Oklahoma

RESUMEN DE BENEFICIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Opciones de Planes Generations Medicare Advantage:

Generations Chronic Care (HMO C-SNP)

Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

Generations Dual Support (HMO D-SNP)

Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

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

Planes Generations Medicare Advantage

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

GlobalHealth es un plan HMO/HMO SNP 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.

Para unirse a GlobalHealth, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Para inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) de GlobalHealth, debe padecer una de las siguientes afecciones médicas: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardiovascular.

Para inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) de GlobalHealth, debe ser elegible para Medicare y además tener uno de los siguientes estados de Medicaid: QMB, QMB+, SLMB+ o FBDE.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios adicionales a los beneficios de la Parte C.

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Prima mensual del plan (debe continuar pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$0 por mes	\$100 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Responsabilidad de Suma máxima de gastos de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) (no incluye beneficios complementarios ni medicamentos con receta)	\$3,450	\$3,900	\$8,850	\$8,850
BENEFICIOS DE LA PARTE C				
Cobertura de hospitalización ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> \$195 de copago por día (días 1 - 7); \$0 de copago por día (días 8 - 90); 	<ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día (días 1 - 7); \$0 de copago por día (días 8 - 90); 	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 90)	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 90)
Cirugía en hospital para pacientes ambulatorios ^{1,2}	\$225 de copago por consulta	\$275 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Centro de cirugía ambulatoria ^{1,2}	\$175 de copago por consulta	\$225 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Consultas con el médico	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$20 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$35 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con especialistas^{1,2}
Servicios médicos preventivos	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Atención médica de emergencia	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a la unidad de cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a la unidad de cuidados intensivos	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios requeridos urgentemente	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Análisis de laboratorio, radiografías, etc. para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo
Radiología de diagnóstico (resonancia magnética [MRI], etc.) para pacientes ambulatorios ¹²	<ul style="list-style-type: none"> \$175 de copago por consulta con un PCP, un especialista, de atención médica urgente o en un centro de radiología independiente \$225 de copago por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> \$180 de copago por consulta con un PCP, un especialista, de atención médica urgente o en un centro de radiología independiente \$275 de copago por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios 	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se requiere autorización previa
2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Servicios de audición	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$20 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista • \$35 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$0 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$0 por servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista • \$0 de copago por examen de audición de rutina, limitado a uno por año • \$0 de copago por evaluación de uso de audífonos de rutina, limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$2,000 por audífonos por año

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
<p>Servicios dentales (El coseguro para servicios integrales no se acumula en el MOOP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • 20% de coseguro por algunos servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 de copago por servicios integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro • Nuestro plan paga un total de \$6,000 por servicios dentales integrales por año • \$0 de copago por servicios integrales
<p>Servicios para la vista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a uno por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los elementos para la vista complementarios por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a uno por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los elementos para la vista complementarios cada dos años 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a uno por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$100 por todos los elementos para la vista complementarios por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago por examen de la vista de rutina, limitado a uno por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$400 por todos los elementos para la vista complementarios por año

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Atención de salud mental para pacientes internados ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> \$195 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90) 	<ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90) 	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 90)	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 90)
Consulta de salud mental para pacientes ambulatorios ^{1,2}	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D Los costos compartidos pueden diferir según el tipo o estado de la farmacia (p. ej., preferida, estándar, pedido por correo, atención médica a largo plazo [LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los costos compartidos y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea. TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Visite nuestro sitio web para obtener la “Lista de medicamentos” más reciente. La “Lista de medicamentos” y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas y la insulina: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido en la que se encuentre. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.				
Fase 1: Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Fase 2: Límite de cobertura inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$5,030	\$5,030	\$5,030	\$5,030

1 = Se requiere autorización previa

2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 2: Medicamentos genéricos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	<ul style="list-style-type: none"> \$42 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$42 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 4: Medicamentos no preferidos (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 5: Medicamentos especializados (Suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	<ul style="list-style-type: none"> 33% del costo por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> 33% del costo por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Categoría 1: (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 2: (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 3: (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	<ul style="list-style-type: none"> \$84 de copago por surtido \$84 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$84 de copago por surtido \$84 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Categoría 4: Medicamento no preferido (Suministro de 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	<ul style="list-style-type: none"> \$270 de copago por surtido \$105 de copago por surtido de insulinas 	<ul style="list-style-type: none"> \$270 de copago por surtido \$105 de copago por surtido de insulinas 	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
<p>Fase 3 Etapa de brecha en cobertura⁴</p> <p>(Después de que sus costos de recetas alcancen los \$5,030)</p>	<p>Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos genéricos de Categoría 1. Los miembros pagan el 25% del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de marca registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70% se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de marca registrada de Categoría 1 o para medicamentos anti-diabéticos orales de Categoría 3. Los miembros pagan el 25% del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca. 	<p>Medicamentos genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos genéricos de Categoría 1. Los miembros pagan el 25% del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de marca registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70% se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de marca registrada de Categoría 1 o para medicamentos anti-diabéticos orales de Categoría 3. Los miembros pagan el 25% del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca. 		
			\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
	Insulinas: <ul style="list-style-type: none"> Los miembros no pagan más de \$35 por un suministro para 30 días de insulinas. 	Insulinas: <ul style="list-style-type: none"> Los miembros no pagan más de \$35 por un suministro para 30 días de insulinas. 		
Fase 4: Etapa de cobertura catastrófica (Después de que haya pagado \$8,000 de gastos de bolsillo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
OTROS BENEFICIOS DE LA PARTE C				
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios ¹²	\$225 de copago por consulta	\$275 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Centro de Enfermería Especializada (SNF) ¹²	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100) 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100) 	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 100)	\$0 de copago (entre el día 1 y el día 100)

4 = Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000 Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas de los costos que cuentan para esta cantidad.

1 = Se requiere autorización previa

2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Ambulancia (Viaje de ida o de regreso, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos)	<ul style="list-style-type: none"> \$240 por evento por vía terrestre Usted paga 20% del costo por evento por vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> \$240 por evento por vía terrestre Usted paga 20% del costo por evento por vía aérea 	\$0 de copago	\$0 de copago
Transporte que no sea de emergencia ^{1,2}				
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios ^{1,2} (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se requiere autorización previa

2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluye quimioterapia e insulina de la Parte B) ^{1,2,3}	Usted paga hasta el 20% del costo 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 del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. 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.	Usted paga hasta el 20% del costo 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 del servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir medicamentos de quimioterapia. 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.	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios de podología (cubiertos por Medicare) ^{1,2}	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se requiere autorización previa

2 = Se requiere remisión

3 = Puede estar sujeto a terapia escalonada de la Parte B

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Acupuntura ¹²	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios de atención médica domiciliaria ¹²	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Equipo médico duradero ¹ (por ejemplo, sillas de ruedas u oxígeno)	20% de coseguro	20% de coseguro	\$0 de copago	\$0 de copago
Suministros para pruebas de la diabetes ¹	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Prótesis y suministros relacionados ¹ (p. ej., dispositivos ortopédicos y prótesis ortopédicas)	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos 20% de coseguro para dispositivos externos y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos 20% de coseguro para dispositivos externos y suministros médicos 	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiología terapéutica para pacientes ambulatorios ¹²	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se requiere autorización previa
2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS				
Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para miembros con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con todos los criterios de elegibilidad de los beneficios.				
Smart Wallet (El beneficio OTC incluye la terapia de reemplazo de nicotina)	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,000 por año para servicios auditivos, dentales y/o para la vista • \$150 por trimestre para artículos de venta libre, gasolina y/o para alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,000 por año para servicios auditivos, dentales y/o para la vista • \$150 por trimestre para artículos de venta libre, gasolina y/o para alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> • \$500 por año para servicios auditivos, dentales y/o para la vista • \$250 por mes para artículos de venta libre, gasolina y/o para alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,250 por año para servicios auditivos, dentales y/o para la vista • \$215 por mes para artículos de venta libre, gasolina y/o para alimentos y productos agrícolas
Transporte (Desde y hasta lugares aprobados por el plan)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por viaje de ida o de regreso • Limitado a 30 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por viaje de ida o de regreso • Limitado a 30 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por viaje de ida o de regreso • Limitado a 36 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por viaje de ida o de regreso • Limitado a 36 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso
Cuidado de rutina de los pies ^{1,2} (No se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año
Acondicionamiento físico	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta

1 = Se requiere autorización previa

2 = Se requiere remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Entrega de Comidas ^{1,2}	<p>\$0 de copago por comida</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a 14 comidas después del alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada Limitado a 4 veces por año 	<p>\$0 de copago por comida</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a 14 comidas después del alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada Limitado a 4 veces por año 	<p>\$0 de copago por comida</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a 42 comidas después del alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada, limitado a 4 veces por año Límite de 28 comidas en cualquier momento durante el año para aficciones médicas o posibles afecciones médicas que obliguen al inscrito a permanecer en su casa durante un período de tiempo. 	<p>\$0 de copago por comida</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a 42 comidas después del alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada, limitado a 4 veces por año Límite de 28 comidas en cualquier momento durante el año para aficciones médicas o posibles afecciones médicas que obliguen al inscrito a permanecer en su casa durante un período de tiempo.
Servicios de apoyo en el hogar	60 horas por año	60 horas por año	60 horas por año	60 horas por año
Atención médica de emergencia a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> \$90 de copago por consulta Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica urgente

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

	Generations Chronic Care (HMO C-SNP)	Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Atención médica urgente a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 combinado con atención médica de emergencia

Esta información de beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura*. Puede encontrar la *Evidencia de Cobertura* en línea en www.GlobalHealth.com o puede solicitar una copia a Servicio al Cliente llamando al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711) 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). Si tiene alguna pregunta, necesita de forma permanente material en formatos o idiomas alternativos, o necesita servicios de interpretación, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) o al 711 (TTY, para personas con discapacidad auditiva).

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare & You 2024**” actual. Véalo en línea en www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos, como letra grande y en inglés.

En nuestro sitio web, puede ver el *Formulario de Medicamentos del plan completo* (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y todas las restricciones, como también el *Directorio de Proveedores* y el *Directorio de Farmacias*.

Para obtener más información, llámenos al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711) o visítenos en www.GlobalHealth.com

Beneficios de Medicaid

Información para personas con Medicare y Medicaid. Sus servicios son pagados primero por Medicare y luego por Medicaid. Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por SoonerCare (Medicaid). Puede ver lo que SoonerCare (Medicaid) cubre y lo que cubre nuestro plan.

La cobertura de los beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o se agotó un beneficio, SoonerCare (Medicaid) puede ayudar, pero es posible que tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, SoonerCare (Medicaid) puede pagar su monto de costo compartido de Medicare. Consulte su Manual del Miembro de SoonerCare (Medicaid) para obtener más detalles. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-800-987-7767 (TTY: 711)

Beneficios	SoonerCare (Medicaid)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Atención en hospital para pacientes internados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Consultas con el médico	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención preventiva	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención médica de emergencia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios requeridos urgentemente	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas de diagnóstico	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios para la vista	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes internados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Ambulancia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Transporte (rutina)	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Beneficios	SoonerCare (Medicaid)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Beneficios de medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención quiropráctica	No cubierto	Cubierto	Cubierto
Suministros y servicios para la diabetes	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Equipo médico duradero	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cuidado de los pies	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención médica domiciliaria	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Centro de Cuidados Paliativos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Dialisis renal	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Dispositivos protésicos	Cubierto	Cubierto	Cubierto

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 답해 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.

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.

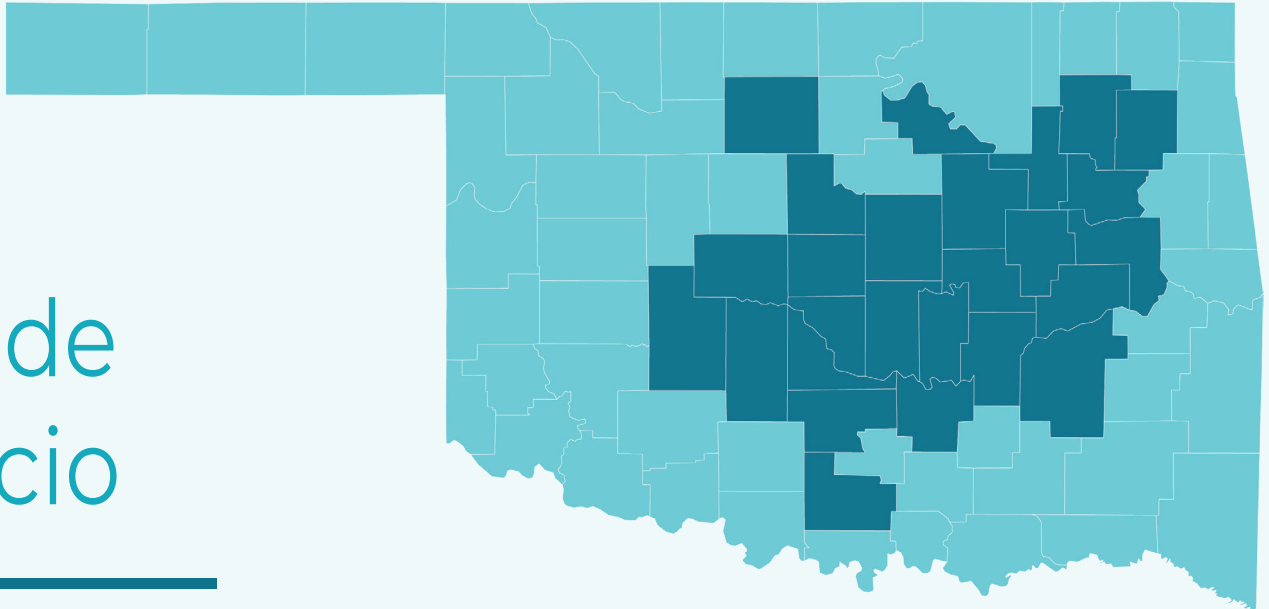
Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-280-5555 (número de telefone gratuito) (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma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

2024 Área de Servicio



Caddo
Canadian
Carter
Cleveland
Creek
Garfield
Garvin
Grady
Hughes

Lincoln
Logan
Mayes
McClain
McIntosh
Muskogee
Okfuskee
Oklahoma
Okmulgee

Pawnee
Pittsburg
Pontotoc
Pottawatomie
Rogers
Seminole
Tulsa
y Wagoner



GlobalHealth
MEDICARE ADVANTAGE PLANS

1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (711)

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

Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado. 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. 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 administrar un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) durante el 2024. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.