



GlobalHealth

Generations Valor (HMO-POS)

# AVISO ANUAL DE CAMBIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

---

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](http://www.globalhealth.com)

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

## Generations Valor (HMO-POS) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Valor (HMO-POS). Habrá algunos cambios en los costos y los 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](http://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).
    - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
  - Piense si está conforme con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Obtenga más información sobre 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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita más apoyo, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para conversar con un asesor capacitado.
  - Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA:** decida si desea cambiar de plan
  - Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el Generations Valor (HMO-POS).

- Puede **cambiarse a un plan diferente** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Generations Valor (HMO-POS).
- Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en ella (como un centro especializado de enfermería o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó hace poco tiempo a una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que se mude.

### 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 otros idiomas y en formatos alternativos.
- **La cobertura conforme a este plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Información sobre Generations Valor (HMO-POS)

- GlobalHealth es un plan HMO/SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para D-SNP. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa GlobalHealth, Inc.. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, significa Generations Valor (HMO-POS).
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y usted no puede estar inscrito en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y en este plan a la vez. Nota: Si no cuenta con una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura válida de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que en el futuro deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

H3706\_004\_009ANOC2025\_M

## ***Aviso Anual de Cambios para el 2025***

### **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de Costos Importantes para el 2025 .....</b>                           | <b>4</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente .....</b>       | <b>5</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual .....                                   | 5         |
| Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo .....                      | 5         |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores .....                              | 6         |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....   | 6         |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios Administrativos .....</b>                                    | <b>7</b>  |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir .....</b>                               | <b>8</b>  |
| Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Valor (HMO-POS) .....           | 8         |
| Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan .....                                     | 9         |
| <b>SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan .....</b>                        | <b>9</b>  |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare ....</b> | <b>10</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados .....</b>        | <b>10</b> |
| <b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>  | <b>11</b> |
| Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Valor (HMO-POS) .....             | 11        |
| Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....                                | 12        |

## Resumen de Costos Importantes para el 2025

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 para Generations Valor (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (el próximo año)   |
|---|---|---|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).  | \$0   | \$0   |
| <b>Suma máxima de su bolsillo</b><br>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.<br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | \$3,900: dentro de la red<br>\$4,900: combinado dentro y fuera de la red  | \$3,900 : dentro de la red<br>\$4,900: combinado dentro y fuera de la red   |
| <b>Consultas con el médico</b>  | Consultas con el médico de atención primaria: Dentro de la red - \$0 por consulta<br>Consultas con un especialista: Dentro de la red - \$35 por consulta<br>Fuera de la red: \$55 por consulta  | Consultas con el médico de atención primaria: Dentro de la red - \$0 por consulta<br>Consultas con un especialista: Dentro de la red - \$35 por consulta<br>Fuera de la red: \$55 por consulta  |
| <b>Internación en hospital</b>  | Dentro de la red:<br>Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7.<br>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90.<br>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.<br>Fuera de la red:<br>Usted paga \$345 de copago por día para los días 1 a 7. | Dentro de la red:<br>Usted paga \$295 de copago por día para los días 1 a 7.<br>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90.<br>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.<br>Fuera de la red:<br>Usted paga \$345 de copago por día para los días 1 a 7. |

| Costo | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)  |
|-------|--|--|
|       | No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. | No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 8 a 90. |

## SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

### Sección 1.1 –Cambios en su prima mensual

| Costo  | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|--|-----------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B). | \$0             | \$0                   |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b>   | \$75 por mes    | \$75 por mes          |

### 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 monto máximo de gastos de 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   | 2024 (este año)                             | 2025 (el próximo año)   |
|---|---|---|
| <b>Suma máxima de su bolsillo</b>   | \$3,900: dentro de la red                   | \$3,900: dentro de la red   |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para la suma máxima de su bolsillo. | \$4,900: combinado dentro y fuera de la red | \$4,900: combinado dentro y fuera de la red<br><br>Dentro de la red:<br><br>Una vez que haya pagado \$3,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)   |
|-------|-----------------|---|
|       |                 | la Parte B durante el resto del año calendario.<br>Combinado dentro y fuera de la red:<br>Una vez que haya pagado \$4,900 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya sea dentro o fuera de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario. |

**Sección 1.3 –Cambios en la red de proveedores**

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

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. **Consulte el *Directorio de proveedores 2025*, en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) 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   | 2024 (este año)                               | 2025 (el próximo año)                                   |
|---|---|---|
| <b>Servicios dentales: cubiertos por Medicare</b> | Se necesitan autorización y remisión previas. | <u>No</u> se necesitan autorización y remisión previas. |

| Costo   | 2024 (este año)   | 2025 (el próximo año)  |
|---|---|--|
| <b>Servicios dentales: preventivos</b>                  | Exámenes orales limitados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes limitados: 3 por período de 12 meses</li> <li>• Exámenes de rutina: 2 por período de 12 meses</li> <li>• Exámenes integrales: 1 por período de 36 meses</li> </ul>                                       | Los exámenes orales se limitan a 2 por año.  |
| <b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b> | <u>No</u> se necesita autorización previa.  | Se necesita autorización previa.   |
| <b>Beneficio Smart Wallet</b>                           | Usted tiene un monto de beneficios de \$100 por trimestre para artículos OTC. Los montos no utilizados <u>no</u> se transfieren al siguiente trimestre.<br><br>Usted tiene un monto de beneficios de \$500 por año para los gastos de servicios dentales, de la vista y de la audición. | Usted tiene un monto de beneficios de \$100 por trimestre para artículos OTC y los gastos de servicios dentales, de la vista o de la audición. Los montos no utilizados se transfieren al siguiente trimestre y vencen al final del año. |

## SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

| Descripción                                     | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)  |
|---|--|--|
| <b>Servicios dentales: servicios integrales</b> | Lista de nombres de categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina</li> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> </ul> | Nueva lista de nombres de categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia, removible</li> <li>• Prótesis maxilofacial</li> </ul> |

| Descripción  | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)   |
|--|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostodoncia, fija</li> <li>• Cirugía oral y maxilofacial</li> <li>• Servicios generales complementarios</li> </ul> <p>Solo es posible que cambien los códigos dentales incluidos en cada una de las categorías en la Tabla de beneficios dentales (<i>Evidencia de Cobertura</i>, Capítulo 4). El costo compartido del servicio específico no cambiará.</p> |
| <b>Horario de atención de los servicios de apoyo de atención médica domiciliaria (Papa Pals)</b> | De 8:00 a. m. a 10:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana   | De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana.<br><br>(excepto el Día de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo)  |
| <b>Información de la Organización de Mejoramiento de la Calidad</b>                              | KEPRO<br><a href="https://www.keproqio.com/">https://www.keproqio.com/</a>   | Acentra Health<br><a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>   |

### SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

#### Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Valor (HMO-POS)

**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 Valor (HMO-POS).

---

## Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

---

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse a 2025, siga estos pasos:

### Paso 1: Obtenga información sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *–O BIEN–* puede cambiarse 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, es posible que haya una multa de inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) (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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Valor (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Valor (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *–O BIEN–* comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY 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 de 2025.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Ejemplos incluyen a personas que tienen Medicaid, personas que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus

medicamentos, personas que tienen o que abandonarán la cobertura del empleador, y personas que se mudan del área de servicio.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1. de enero de 2025 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 de 2025.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en ella (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. Si se mudó hace poco tiempo a una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en el que se mude.

## 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 de 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, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a alguno de los siguientes contactos:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 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.
- **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, verifique 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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluyendo la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito en el programa, cómo seguir recibiendo asistencia, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Valor (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura del 2025* (tiene 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 el 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura del 2025* para Generations Valor (HMO-POS). 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](http://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](http://www.GlobalHealth.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores*).

---

## **Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare, realice lo siguiente:

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

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

### **Visite el Sitio Web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)**

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. 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.

### **Aviso de disponibilidad de materiales electrónicos**

GlobalHealth proporciona importantes materiales del plan que le explican cómo usar sus beneficios del plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en línea en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), a más tardar, para el 15 de octubre de 2024. Si desea una copia en papel de cualquier material, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

### **Evidencia de Cobertura**

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

### **Directorio de proveedores**

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

### **Formulario de Medicamentos\***

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

### **Directorio de Farmacias\***

En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una farmacia de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Su costo compartido puede ser menor en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

**Puede solicitar copias en papel del material anterior llamando al:**

**Servicio al Cliente de GlobalHealth**

**Sin cargo:** 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)

### **Su derecho a que lo excluyan de las llamadas de planes comerciales**

De vez en cuando, es posible que el plan de salud llame a afiliados actuales, incluidos aquellos en productos que no sean de Medicare, para analizar el plan comercial (ejemplos de esto incluyen llamadas a los afiliados que pasan a Medicare desde productos comerciales ofrecidos por la misma organización a los afiliados existentes del plan Medicaid para hablar sobre sus productos de Medicare, y las llamadas a afiliados de MA actuales para promover otros tipos de planes de Medicare o analizar los beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede darse de baja llamándonos al número que se detalla al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

\*Sólo se aplica a planes con cobertura de medicamentos recetados. GlobalHealth cumple todos los derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad

o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) (TTY: 711).

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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。







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](http://www.globalhealth.com)