

Oklahoma

RESUMEN DE BENEFICIOS

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Opciones del plan 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 (llamada sin cargo) (Los usuarios de TTY deben llamar al 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

Planes Generations Medicare Advantage

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

GlobalHealth es un plan HMO que tiene contratos con los programas Medicare y Medicaid de Oklahoma. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato. GlobalHealth es un plan que ofrece GlobalHealth, Inc.

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

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para inscribirse en un Chronic Special Needs Plan (C-SNP) de GlobalHealth, debe padecer una de las siguientes afecciones médicas: diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares.

Para inscribirse en un Dual Special Needs Plan (D-SNP) de GlobalHealth, debe ser elegible para Medicare y tener uno de los siguientes estatus 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	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la prima de Medicare Part B	\$0 por mes	\$55 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 (MOOP) (no incluye beneficios complementarios ni medicamentos recetados)	\$3,450	\$3,900	\$9,250	\$9,250
BENEFICIOS DE LA PARTE C				
Cobertura de hospitalización ^{1,2}	\$195 de copago por día (días 1 - 7); \$0 de copago por día (días 8 - 90)	\$275 de copago por día (días 1 - 7); \$0 de copago por día (días 8 - 90)	\$0 de copago (entre los días 1 - 90)	\$0 de copago (entre los días 1 - 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
Visitas al médico	\$0 de copago por consulta al PCP \$20 de copago por consulta con un especialista^{1,2}	\$0 de copago por consulta al PCP \$35 de copago por consulta con un especialista^{1,2}	\$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con un especialista^{1,2}	\$0 de copago por consulta al PCP \$0 de copago por consulta con un especialista^{1,2}
Servicios 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

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 de emergencia	\$90 de copago por consulta; no se aplica si ingresa a la unidad de cuidados agudos dentro de las 24 horas	\$90 de copago por consulta; no se aplica si ingresa a la unidad de cuidados agudos dentro de las 24 horas	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Servicios de urgencia	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Análisis de laboratorio, radiografías, etc. para pacientes ambulatorios ¹²	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, EKG (electrocardiogramas) y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, EKG (electrocardiogramas) y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, EKG (electrocardiogramas) y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, EKG (electrocardiogramas) y diagnósticos similares a bajo costo
Radiología de diagnóstico (resonancia magnética [MRI], etc.) para pacientes ambulatorios ¹²	\$175 de copago por consulta a un PCP, a un especialista, de atención médica urgente o en un centro de radiología independiente \$225 de copago por consulta en un hospital para pacientes ambulatorios	\$180 de copago por consulta a un PCP, a 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	• \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$20 para los 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 rutinaria de audífonos, limitado a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año	• \$0 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare en el consultorio de un PCP • \$35 para los 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 rutinaria de audífonos, limitado a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año	• \$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 rutinaria de audífonos, limitado a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por audífonos por año	• \$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 rutinaria de audífonos, limitado 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)
Servicios dentales (el coseguro para servicios integrales no se acumula en el MOOP)	• \$20 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro ◦ Límite de 2 consultas por año • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales comprensivos por año • 20% de coseguro por algunos servicios comprensivos	• \$35 para los servicios cubiertos por Medicare^{1,2} • \$0 de copago por servicios preventivos: exámenes bucales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro ◦ Límite de 2 consultas por año • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales comprensivos por año • 20% de coseguro por algunos servicios comprensivos	• \$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 ◦ Límite de 2 consultas por año • Nuestro plan paga un total de \$2,000 por servicios dentales comprensivos por año • \$0 de copago por servicios comprensivos	• \$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 ◦ Límite de 2 consultas por año • Nuestro plan paga un total de \$4,000 por servicios dentales comprensivos por año • \$0 de copago por servicios comprensivos
Servicios de cuidado de la vista	• \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago porexamen de la vista de rutina, limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los anteojos complementarios por año	• \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago porexamen de la vista de rutina, limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los anteojos complementarios por año	• \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago porexamen de la vista de rutina, limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$100 por todos los anteojos complementarios por año	• \$0 de copago por consulta para los servicios cubiertos por Medicare • \$0 de copago porexamen de la vista de rutina, limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$400 por todos los anteojos complementarios por año

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 de salud mental para pacientes hospitalizados ^{1,2}	\$195 de copago por día (entre los días 1 - 7); \$0 de copago por día (entre los días 8 - 90)	\$275 de copago por día (entre los días 1 - 7); \$0 de copago por día (entre los días 8 - 90)	\$0 de copago (entre los días 1 - 90)	\$0 de copago (entre los días 1 - 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
Centro de enfermería especializada (SNF) ^{1,2}	\$0 de copago por día (entre los días 1 - 20); \$218 de copago por día (entre los días 21 - 100)	\$0 de copago por día (entre los días 1 - 20); \$218 de copago por día (entre los días 21 - 100)	\$0 de copago (entre los días 1 - 100)	\$0 de copago (entre los días 1 - 100)
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
Ambulancia (viaje de ida, no se aplica si lo ingresan a cuidados agudos) Transporte que no sea de emergencia ¹	\$240 por evento por vía terrestre - Usted paga 20% del costo por evento por transporte aéreo	\$240 por evento por vía terrestre - Usted paga 20% del costo por evento por transporte aéreo	\$0 de copago	\$0 de copago

	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)
Transporte (hacia lugares aprobados por el plan y desde estos)	\$0 de copago por viaje de ida - Limitado a viajes de 36 de ida por año - Limitado a un viaje de 50 millas de ida	\$0 de copago por viaje de ida - Limitado a viajes de 36 de ida por año - Limitado a un viaje de 50 millas de ida	\$0 de copago por viaje de ida - Limitado a viajes de 36 de ida por año - Limitado a un viaje de 50 millas de ida	\$0 de copago por viaje de ida - Limitado a viajes de 36 de ida por año - Limitado a un viaje de 50 millas de ida
Medicamentos de Medicare Part B (incluye quimioterapia e insulina de la Parte B) ^{1,3}	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 usa 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 usa en una bomba de insulina.	\$0 de copago	\$0 de copago

1 = Se requiere autorización previa

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)
Servicios de observación hospitalaria 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
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
Acupuntura ^{1,2}	\$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 ^{1,2}	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Equipo médico duradero ¹ (ej., silla de ruedas, oxígeno)	20% de coseguro	20% de coseguro	\$0 de copago	\$0 de copago
Suministros para pruebas de diabetes ¹	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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)
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados ¹ (ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	20% de coseguro para dispositivos externos 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
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D Los costos compartidos pueden diferir según el tipo o el estado de la farmacia (p. ej., preferida, estándar, pedido por correo, atención médica a largo plazo [LTC por sus siglas en inglés] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los costos compartidos específicos 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 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 Inicial de cobertura (ICL)	\$2,100	\$2,100	\$2,100	\$2,100

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 de medicamentos preferidos para 30 días)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 2: Medicamentos genéricos (suministro de medicamentos preferidos para 30 días)	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos (suministro de medicamentos preferidos para 30 días)	\$41 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas	\$41 de copago por surtido \$35 de copago por surtido de insulinas	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 4: Medicamentos no preferidos (suministro de medicamentos preferidos para 30 días)	40% de copago por surtido	40% de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$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)
Categoría 5: Medicamentos especializados (suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	33% del costo por surtido	33% del costo por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 1: (suministro para 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 2: (suministro para 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 3: (suministro para 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	\$82 de copago por surtido \$82 de copago por surtido de insulinas	\$82 de copago por surtido \$82 de copago por surtido de insulinas	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$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)
Categoría 4: Medicamento no preferido: (suministro para 100 días en farmacia minorista preferida y pedido por correo)	40% de copago por surtido	40% de copago por surtido	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0	- LIS nivel 1: \$5.10 (genérico), \$12.65 (de marca) - LIS nivel 2: \$1.60 (genérico), \$4.90 (de marca) - LIS nivel 3: \$0
Categoría 5: Medicamento especializado	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados).	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados).	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados).	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de la Categoría 5 (medicamentos especializados).
3: Etapa de Cobertura Catastrófica (después de que haya pagado de \$2,100 gastos de bolsillo)	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$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)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS			
Beneficio Smart Wallet Una Tarjeta de Beneficios Prepagada de Beneficios Mastercard®, a través de nuestra asociación con NationsBenefits. El beneficio no se puede utilizar para retirar efectivo ni para comprar los siguientes servicios o productos: - procedimientos cosméticos, seguro de indemnización hospitalaria, planificación y gastos funerarios, seguro de vida, alcohol, tabaco, productos de cannabis, amplios programas de membresía que incluyan múltiples servicios y descuentos no relacionados, y alimentos no saludables. (el beneficio de OTC incluye terapia de reemplazo de nicotina)	• \$60 por mes para servicios auditivos, servicios dentales o servicios para la vista • Los miembros elegibles para SSBCI también pueden usarlo para artículos fuera de recetario, gasolina, alimentos y productos agrícolas o servicios públicos • Los montos que no utilice se acumularán para el mes siguiente	• \$250 por mes para artículos fuera de recetario • Los miembros elegibles para SSBCI también pueden usarlo para gasolina, alimentos y productos agrícolas o servicios públicos • Los montos que no utilice no se acumularán para el mes siguiente	• \$215 por mes para artículos fuera de recetario • Los miembros elegibles para SSBCI también pueden usarlo para gasolina, alimentos y productos agrícolas o servicios públicos • Los montos que no utilice no se acumularán para el mes siguiente

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)
Los beneficios mencionados son parte del programa especial de beneficios complementarios para afiliados con enfermedades crónicas, tales como: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares, trastornos autoinmunes, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y otras afecciones no enumeradas. La elegibilidad para los beneficios descritos no está garantizada únicamente por la presencia de una afección crónica enumerada. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más			

	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)
información, comuníquese con nosotros.				
Cuidado de rutina de los pies ¹² (no se acumula en el MOOP)	\$20 de copago por consulta - Límite de 6 consultas por año	\$35 de copago por consulta - Límite de 6 consultas por año	\$0 de copago por consulta - Límite de 6 consultas por año	\$0 de copago por consulta - Límite de 6 consultas por año
Acondicionamiento físico Puede optar por pagar una tarifa por servicios opcionales, incluido el acceso a instalaciones premium o por sesiones de entrenamiento personal.	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Línea de enfermería 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

	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)
Beneficio de alimentos	• \$0 de copago por comida¹ ◦ Limitado a 14 comidas después de la cirugía o para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada ◦ Se limita a 4 veces (altas de un hospital) por año	• \$0 de copago por comida¹ ◦ Limitado a 14 comidas después de la cirugía o para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada ◦ Se limita a 4 veces (altas de un hospital) por año	• \$0 de copago por comida¹ ◦ Limitado a 42 comidas después de la cirugía o para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada ◦ Se limita a 4 veces (altas de un hospital) por año	• \$0 de copago por comida¹ ◦ Limitado a 42 comidas después de la cirugía o para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada ◦ Se limita a 4 veces (altas de un hospital) por año
Servicios de apoyo en el hogar	65 horas por año	65 horas por año	45 horas por año	45 horas por año
Atención médica de emergencia a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica urgente	• \$110 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica urgente	• \$110 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica urgente
Atención médica de urgencia a nivel mundial (no se acumula en el MOOP)	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica de emergencia	• \$110 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica de emergencia	• \$110 de copago por consulta • Se limita a un \$50,000 beneficio junto con atención médica de emergencia

La información sobre los beneficios provista no enumera 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

¹ = Se requiere autorización previa

llamando al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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 preguntas, necesita material de forma permanente en formatos o idiomas alternativos, o necesita servicios de interpretación oral, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (número gratuito) o al 711 (TTY, para personas con discapacidad auditiva).

Los beneficios pueden variar según el plan. Lámenos o consulte su *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestro sitio web, www.globalhealth.com, para obtener información sobre beneficios, periodicidad, limitaciones y exclusiones.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “**Medicare y Usted 2026**” actual. Lo puede encontrar en línea en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

Puede ver el *Formulario completo de medicamentos* del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D), y cualquier restricción, en el *Directorio de proveedores* y en el *Directorio de farmacias* en nuestro sitio web.

Para más información, lámenos al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711) o visítenos en www.globalhealth.com

Beneficios de Medicaid

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

La cobertura de los beneficios depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o el beneficio se agotó, SoonerCare (Medicaid) puede ayudar, pero es posible que usted deba pagar un costo compartido. En algunas situaciones, SoonerCare (Medicaid) puede pagar el monto del costo compartido de Medicare. Consulte su Manual del Miembro de SoonerCare (Medicaid) para obtener información adicional. Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad de 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 hospitalaria para pacientes internados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Visitas al consultorio de un médico	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cuidado preventivo	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención médica de emergencia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de urgencia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Pruebas diagnósticas	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de cuidado de la vista	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Ambulancia	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Transporte (de rutina)	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Beneficios	SoonerCare (Medicaid)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Beneficios de los medicamentos recetados	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cuidado quiropráctico	Sin cobertura	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
Hospicio	Sin cobertura	Cubierto	Cubierto
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Dispositivos protésicos y ortóticos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Servicios de planificación familiar	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de enfermería y obstetricia	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Tratamiento asistido con medicamentos	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Trasplantes de órganos	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Cuidado personal	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de embarazo y maternidad	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Hospital de rehabilitación para pacientes internados	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Costo de rutina para pacientes en ensayos clínicos elegibles	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Productos para dejar de fumar (cesación)	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Beneficios	SoonerCare (Medicaid)	Generations Dual Support (HMO D-SNP)	Generations Dual Premier (HMO D-SNP)
Tratamiento residencial de trastornos por consumo de sustancias	Cubierto	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de terapia	Cubierto	Cubierto	Cubierto

Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligado a proteger la privacidad y confidencialidad de la información de salud protegida (PHI) de nuestros miembros en cumplimiento de las leyes y regulaciones estatales y federales correspondientes, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (HITECH). El Aviso sobre prácticas de privacidad en virtud de la HIPAA (el "Aviso") contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en www.globalhealth.com.

Cómo puede GlobalHealth usar o divulgar su información de salud

Para tratamientos. Podemos usar o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica para poder coordinar o facilitar un tratamiento.

Para pagos. Podemos usar o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios que le hayan prestado y que tienen cobertura de su plan de salud; para determinar su elegibilidad para los beneficios; para coordinar los beneficios; para realizar una revisión por necesidad médica; para cobrar las primas; para emitir explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en que usted participa; y para otras funciones relacionadas con pagos.

Para Operaciones del Plan de Salud. Podemos usar o divulgar su PHI con fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen manejo de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de uso, revisión médica o de colegas, certificación, cumplimiento reglamentario, capacitación interna, acreditación, licenciamiento, credencialización, investigación de quejas, mejora del desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética a los efectos de contratación de seguros.

Negocios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos relacionados con la salud, beneficios o servicios asociados con su tratamiento, administración de la atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención médica.

Donde la Ley lo Permita o Requiera. Podemos usar o divulgar la información sobre usted, según lo permita o exija la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información en los siguientes casos:

- A una agencia regulatoria para llevar a cabo actividades que incluyen, pero no se limitan, licensiamiento, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes sobre dispositivos médicos.
- A las autoridades a cargo del cumplimiento de la ley tras recibir una orden judicial, orden de arresto, citación u otro proceso similar.

- En respuesta a una orden judicial, citación, solicitud de presentación de pruebas u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa o cualquier otro proceso legal.
- A las agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para las actividades de supervisión de la salud a cargo de agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para fines de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o llevar a cabo operaciones de inteligencia.
- Para poder cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la indemnización por accidentes de trabajo.
- Para fines de coordinación de beneficios del seguro o de Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o reducir el peligro de una amenaza grave e inminente a una persona o al público, y cuando dicha divulgación se realiza a una persona que puede prevenir o reducir el peligro de la amenaza (incluido el objetivo de esta).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, según lo exija la ley.

Socios comerciales. Podemos usar o divulgar su PHI a socios comerciales a quienes contratamos para prestar servicios en nuestro nombre. Algunos ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de expedientes médicos electrónicos y almacenamiento de datos, etc. Solo haremos estas divulgaciones si hemos recibido suficientes garantías de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

Representante personal/autorizado. Podemos usar o divulgar PHI a su representante autorizado.

Familia, amigos y cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que le acompañe o esté involucrado en su atención o tratamiento médico, o que ayude a cubrir sus costos. Si usted no puede o no se encuentra disponible para aceptar o rechazar dicha divulgación, usaremos nuestro mejor criterio para comunicarnos con su familia y otras personas.

Emergencias. Podemos usar o divulgar su PHI en caso de una emergencia si dicho uso o divulgación es necesario para su tratamiento de emergencia.

Militares/veteranos. Si usted es miembro o veterano de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del comando militar.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un agente del cumplimiento de la ley, podemos divulgar su PHI a esa institución o ese agente.

Recordatorios de citas. Podemos usar y/o divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede hacerse por correo,

correo electrónico o llamada telefónica. Si no se encuentra en casa, podemos dejar un mensaje en una contestadora o con la persona que responda el teléfono.

Recordatorio de medicamentos y resurtidos. Podemos usar o divulgar su PHI para recordarle que debe surtir sus recetas médicas, comunicarle sobre el equivalente genérico de un medicamento o incentivarle a que tome sus medicamentos recetados.

Conjunto de datos limitados. Si usamos su PHI para armar un “conjunto de datos limitados”, podemos dar esa información a terceros con fines de investigación, iniciativas de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas o entidades que reciben el conjunto de datos limitados deben tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

Otros usos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a un perito o médico forense.

NOTA: Divulgaremos su PHI para fines que no se describen en este Aviso únicamente con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (según corresponda), usos y divulgaciones de PHI con fines de mercadeo o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyen una venta de PHI exigen su autorización por escrito. La información autorizada para su divulgación puede incluir expedientes que puedan indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa, según la ley estatal, debe informarse.

Sus derechos respecto de su información de salud

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo indica la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud debe hacerse por escrito. Tenemos el derecho a cobrarle los montos permitidos por la ley estatal y federal de esas copias. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar sus expedientes en determinadas circunstancias. Si le deniegan el acceso, puede apelar con el Oficial de Privacidad.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su PHI por otros medios o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar recibir una comunicación de nuestra parte en otra dirección u otro número de teléfono. Debe hacer su solicitud por escrito e identificar cómo o cuándo desea que se comuniquen con usted. Nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud si es irrazonable o imposible de cumplir.

Derecho a un Registro de Divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o del plan de salud, y divulgaciones hechas a usted, autorizadas

por usted o conforme a este Aviso. Para recibir un registro, debe presentar su solicitud por escrito e indicar el período específico que solicita. Puede solicitar un registro de hasta seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud (o de tres años se trata de PHI en un registro médico electrónico). Si solicita más de un (1) registro en un período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de elaboración de la lista. Le notificaremos el costo y podrá retirar su solicitud antes de que se incurra en dichos costos.

Derecho a solicitar restricciones sobre usos o divulgaciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, a menos que la divulgación se exija o se permita conforme a la ley. Debe hacer la solicitud por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos todos los esfuerzos razonables para cumplir con su solicitud, salvo en casos de emergencias, divulgaciones ya realizadas o cuando la ley lo requiera. Cualquier acuerdo de restricciones debe estar firmado por una persona autorizada en nuestro nombre.

Derecho a solicitar la modificación de su PHI

Tiene derecho a solicitar que se modifique su PHI si cree que el expediente es incorrecto o está incompleto. Debe presentar su solicitud por escrito y declarar las razones para la modificación. Negaremos su solicitud si: (1) si no es una solicitud por escrito o no incluye una razón que la respalde; (2) si la información no fue creada por nosotros o no forma parte del registro médico que mantenemos, (3) si la información no está incluida en la historia clínica que usted podría inspeccionar y copiar, o (4) si la información incluida en la historia clínica es exacta y completa. Si negamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a recibir notificaciones sobre una vulneración

Tiene derecho a recibir notificaciones de cualquier violación de su PHI no asegurada.

Derecho a revocar autorización

Puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en relación con usos o divulgaciones futuros, no sobre las divulgaciones que ya hemos realizado con base en la autorización otorgada.

Derecho a recibir una copia de este Aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita.

Cambios en este Aviso

GlobalHealth está obligada a cumplir con los requisitos de este Aviso vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer efectivos los nuevos términos para toda la PHI que mantenemos. El Aviso revisado estará disponible en nuestra página web en www.globalhealth.com.

Para Reportar una Violación de Privacidad

Si tiene una pregunta sobre sus derechos de privacidad o cree que se vulneraron sus derechos, puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad a los siguientes datos de contacto:

ATTN: Privacy Officer
210 Park Avenue
Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102
Número de teléfono gratuito: 1-877-627-0004
Correo electrónico: privacy@globalhealth.com

GlobalHealth, Inc. cumple con todos los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No le penalizaremos ni tomaremos represalias en su contra por presentar una queja ante la Secretaría del DHHS o ante GlobalHealth.

GlobalHealth ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como (a) intérpretes de lenguaje de señas calificados; (b) información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (c) intérpretes calificados; (d) información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, contacte al servicio de atención al cliente de GlobalHealth al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711).

Si considera que GlobalHealth no le brindó estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante la siguiente persona:

ATTN: Medicare Compliance Officer
210 Park Avenue
Suite 2900
Oklahoma City, OK 73102-5621
Correo electrónico: compliance@globalhealth.com

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicio al Cliente está para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente mediante el Portal de Quejas en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1029, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aplicaciones de Terceros y la FTC

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no están cubiertas por HIPAA. La mayoría de las aplicaciones están bajo la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (FTC) y las protecciones que proporciona la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas, protege contra actos engañosos (por ejemplo, si una aplicación comparte datos personales sin permiso, a pesar de tener una política de privacidad que dice lo contrario). Si tiene alguna preocupación sobre el uso de aplicaciones de terceros y de su información, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de entrada en vigor: 10/01/2023 Aviso original: 04/01/2003 Fecha de revisión:

04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

07/2025

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluida la competencia limitada en inglés y el idioma principal), sexo (de acuerdo con la definición de discriminación por sexo descrita en el artículo 92.101, inciso (a)(2)), edad, o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para las personas con discapacidades y ayudas y servicios auxiliares adecuados que incluyen los siguientes:
 - Intérpretes certificados para personas con discapacidades.
 - Información en formatos alternos, como en braille o letra más grande, sin cargo y de forma oportuna, cuando se necesitan dichas modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y las oportunidades equitativas para la participación de las personas con discapacidades.
- Proporciona servicios de asistencia lingüística, incluida la traducción de documentos electrónicos y escritos y la interpretación oral, sin cargo, de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar un acceso significativo para una persona con un dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares apropiados, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicio al Cliente de GlobalHealth llamando al 1-844-280-5555 (número gratuito). Del 1 de octubre al 31 de marzo, los horarios de atención son de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que no le brindamos estos servicios o lo discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarlo. Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Dirección de correo:

GlobalHealth
Section 1557 Coordinator
P.O. Box 2658
Oklahoma City, OK 73101-2658
1-844-280-5555

Número de teléfono:

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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.

Número TTY:

711

Número de fax:

405-280-5294

Correo electrónico:

section1557coordinator@globalhealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso está disponible en nuestra página web: www.globalhealth.com.

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, a más tardar el 15 de octubre de 2025. Si desea una copia en papel de cualquier material, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Evidencia de Cobertura

La *Evidencia de Cobertura* (EOC por sus siglas en inglés) 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 médica de un proveedor de la red.

Formulario de medicamentos*

El *Formulario de Medicamentos* (Lista de los medicamentos cubiertos) le proporciona información sobre los medicamentos recetados que están cubiertos en su plan, incluida su colocación en categorías, 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.

**Puede solicitar copias en papel del material anterior llamando al:
Servicio al Cliente de GlobalHealth**

Sin cargo: 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711)

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

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

Su derecho a no recibir llamadas comerciales del plan

En ocasiones, el plan de salud puede llamar a los afiliados actuales, incluidos a los afiliados en productos que no son de Medicare, para hablar sobre asuntos relacionados con el plan (por ejemplo, llamadas a afiliados que están cambiando a Medicare desde productos comerciales ofrecidos por el mismo plan de Medicaid de la organización, para hablar sobre sus productos de Medicare, y llamadas a afiliados actuales de MA para promocionar otros tipos de planes de Medicare o para hablar sobre los beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede optar por no recibirlas llamando al número que figura en el reverso de su Tarjeta de Identificación del Miembro.

*Solo 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 inglés, tiene a su

disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gõ số 1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (TTY: 711). GlobalHealth es un plan HMO que ofrece GlobalHealth, Inc.

H3706_2730725_C



Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de servicios de ayuda auxiliares

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. تتوفر المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم (TTY 1-844-280-5555 (711).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

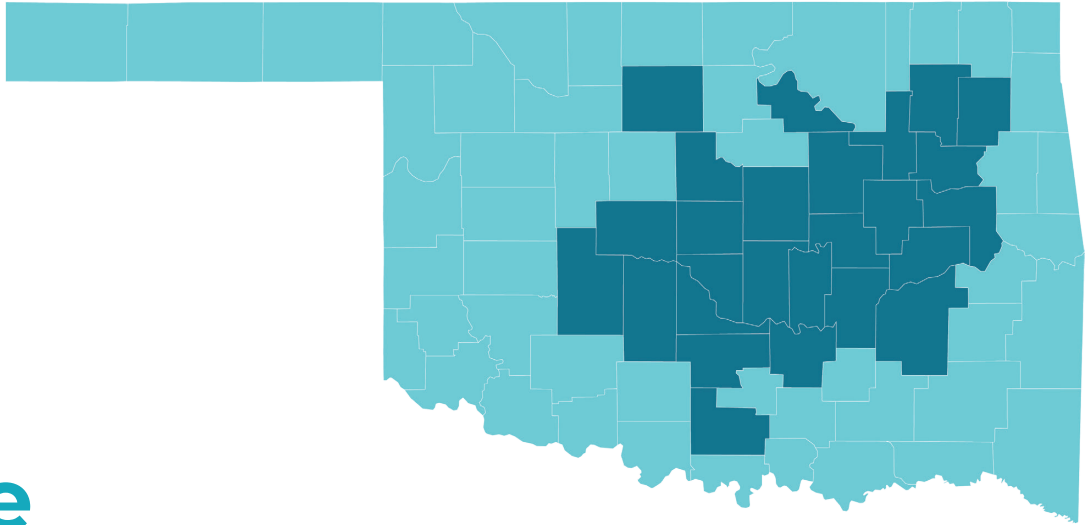
Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711)।

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。

2026

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
and Wagoner



1-844-280-5555 (llamada sin cargo) (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