



GlobalHealth

Generations Dual Support (HMO D-SNP)

# 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 Dual Support (HMO D-SNP) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

### Aviso Anual de Cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Dual Support (HMO D-SNP). Habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 5 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*.

#### Qué hacer ahora

**1. PREGUNTE:** qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico u hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
  - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
  - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para saber si algunos de estos medicamentos estarán sujetos a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, formarán parte de nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- 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 la página 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 Dual Support (HMO D-SNP).
- 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 Dual Support (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3.2, en la página 12 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 de 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. Si tiene preguntas, necesita material de forma permanente en formatos o idiomas alternativos, o necesita servicio de intérprete, puede llamarnos al 1-844-280-5555 (número de teléfono gratuito) o 711 (TTY, para personas con discapacidad auditiva).
- **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 Dual Support (HMO D-SNP)

- 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 mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa GlobalHealth, Inc.. Cuando se mencionen las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- 

H3706\_007\_028ANOCs2025\_M

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

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de Costos Importantes para 2025 .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente .....</b>                   | <b>6</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual .....   | 6         |
| Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo .....                                  | 6         |
| Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....                           | 7         |
| Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....               | 8         |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....           | 9         |
| <b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué Plan elegir .....</b>   | <b>12</b> |
| Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Dual Support (HMO D-SNP) .....              | 12        |
| Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan .....   | 12        |
| <b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan .....</b>                                    | <b>13</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b> | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>                    | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>  | <b>15</b> |
| Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Dual Support (HMO D-SNP) .....                | 15        |
| Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....  | 16        |
| Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid .....  | 16        |

## Resumen de Costos Importantes para 2025

En la tabla a continuación, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 para Generations Dual Support (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare que se contempla en Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico e internaciones en hospitales. Si se encuentra dentro del período de un mes considerado de elegibilidad continua en nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare por los cuales el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

| Costo   | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)  |
|---|--|--|
| <b>Prima mensual del plan*</b>  | \$0  | \$0  |
| * Su prima puede ser mayor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.                     |  |  |
| <b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información). | Deducible: \$0<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 5: \$0</li> </ul> Cobertura de catástrofe: | Deducible: \$0<br>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoría de medicamento 1: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 2: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 3: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 4: \$0</li> <li>• Categoría de medicamento 5: \$0</li> </ul> Cobertura de catástrofe: |

| Costo   | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)  |
|---|--|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>               |
| <b>Suma máxima de su bolsillo</b>   | \$8,850  | \$9,350  |
| Esta es la suma <u>máxima</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información). | Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.              | Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. |

## 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>   | \$0             | \$0                   |
| (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid lo haga por usted). |                 |                       |

### Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina suma máxima de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo                             | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año) |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>Suma máxima de su bolsillo</b> | \$8,850         | \$9,350               |

| Costo  | 2024 (este año) | 2025 (el próximo año)  |
|--|-----------------|--|
| <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan alguna vez esta suma máxima de su bolsillo.</b> Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo.</p> |                 | <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p> |

### Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

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 farmacias, 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.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2025*, en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

## Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa acerca de cambios en sus costos y beneficios de Medicare.

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: 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>Atención médica de emergencia: cobertura a nivel mundial</b>  | Usted paga \$90 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.  | Usted paga \$110 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.        |
| <b>Beneficio de alimentos (después del alta)</b>   | Se necesita autorización previa.  | <u>No</u> se necesita autorización previa.   |
| <b>Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sangre</li> </ul> | <u>No</u> se necesita autorización previa.  | Se necesita autorización previa.   |
| <b>Beneficio Smart Wallet</b>  | \$250 por mes para artículos y productos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, gasolina o servicios públicos.  | \$260 por mes para artículos y productos de venta libre, alimentos y productos agrícolas, gasolina o servicios públicos. |
| <b>Servicios requeridos urgentemente: cobertura a nivel mundial</b>  | Usted paga \$90 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.  | Usted paga \$110 de copago por visita para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.        |

---

## Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, o cambiar las restricciones que aplican a su cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y saber si existe alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la Lista de Medicamentos más actualizada. Si realizamos algún cambio que afectará su acceso a algún medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año, o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporario, solicitar una excepción o colaborar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

En la actualidad podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos reemplazar de forma inmediata productos biológicos originales con determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que se reemplaza con un biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos o reciba un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento en que hacemos el cambio, igual recibirá la información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede que este aviso llegue después de que hayamos hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos al consumidor. Consulte la página web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede llamar a Servicio al Cliente, o consultar con su proveedor de atención médica, persona que emite la receta o farmacéutico, si desea más información.

### Cambios en los beneficios y los costos de medicamentos recetados

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pagos de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Catástrofe. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuento de la Brecha en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de la Brecha en la Cobertura también se reemplazará con el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y los medicamentos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Los descuentos que paguen los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

### Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa                                    | 2024 (este año)   | 2025 (el próximo año)   |
|--|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b> | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa   | 2024 (este año)   | 2025 (el próximo año)  |
|---|---|--|
| <b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b><br>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red es de \$0.<br><br>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura). | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red es de \$0.<br><br>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura de Catástrofe). |

### Cambios en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

La Etapa de Cobertura de Catástrofe es la tercera etapa y la final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y los medicamentos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Los descuentos que paguen los fabricantes según el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los gastos de bolsillo.

Si usted alcanza la Etapa de Cobertura de Catástrofe, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción  | 2024 (este año)   | 2025 (el próximo año)  |
|--|---|--|
| <b>Servicios dentales: servicios integrales</b>  | <p>Lista de nombres de categorías:</p> <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> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia, otra cirugía oral/ maxilofacial, otros servicios</li> </ul> | <p>Nueva lista de nombres de categorías:</p> <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> <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.   |

| Descripción   | 2024 (este año)  | 2025 (el próximo año)   |
|---|--|---|
|   |  | (excepto el Día de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo)                              |
| <b>Información de contacto para las quejas de la Parte D</b>        | Fax: 1-866-217-3353<br>Correo: CVS Caremark Part D Services, Grievances Department, P.O. Box 30016, Pittsburg, PA 15222-0330 | Fax: 405-280-5294<br>Correo: GlobalHealth, Inc., P.O. Box 2658, Oklahoma City, OK 73101 |
| <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 Dual Support (HMO D-SNP)

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

#### Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que continúe como miembro el año siguiente; sin embargo, si desea cambiarse de plan en 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– puede cambiarse a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

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 (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

## **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un Plan de Medicamentos Recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le desafiliará automáticamente de Generations Dual Support (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un Plan de Medicamentos Recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Envíenos una solicitud por escrito para desafilarse. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - –O– comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite una desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare distinto, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado una inscripción automática.

## **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.

Debido a que tiene SoonerCare (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos los siguientes:

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- O bien, en caso de ser elegible, un Plan para Necesidades Especiales para Individuos con Doble Elegibilidad (D-SNP), que le brinda su Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

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 y Medicaid**

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (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 ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede comunicarse con Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Puede obtener más información sobre Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web <https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de SoonerCare (Medicaid), comuníquese con SoonerCare (Medicaid) al 1-800-987-7767 (TTY 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta el modo en que obtiene la cobertura de SoonerCare (Medicaid).

## **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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya se encuentra inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamado Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” paga algunas primas, deducibles anuales y coseguros de sus medicamentos recetados. Ya que usted califica para este beneficio, no será sancionado con multas por

inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, 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 a. m. y las 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Oklahoma tiene un programa llamado RX for Oklahoma que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para conocer más sobre este programa, revise con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Dual Support (HMO D-SNP)

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

#### **Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año).**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y los costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* para Generations Dual Support (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [www.globalhealth.com](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 nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

---

## Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, realice lo siguiente:

### **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.

---

## Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

---

Para obtener información de Medicaid puede llamar a SoonerCare (Medicaid) al 1-800-987-7767. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

### **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 Dolmeterservice 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)