



GlobalHealth
Planes de Medicare Advantage

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022

Entre el 1 de enero y el 31 de
diciembre del 2022
Oklahoma



Opciones de Planes Generations Medicare Advantage:

H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)

H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)

H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)

H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)

1-844-280-5555 (TTY: 711)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

(entre el 1 de octubre y el 31 de marzo)

y de lunes a viernes (entre el 1 de abril y el 30 de septiembre).

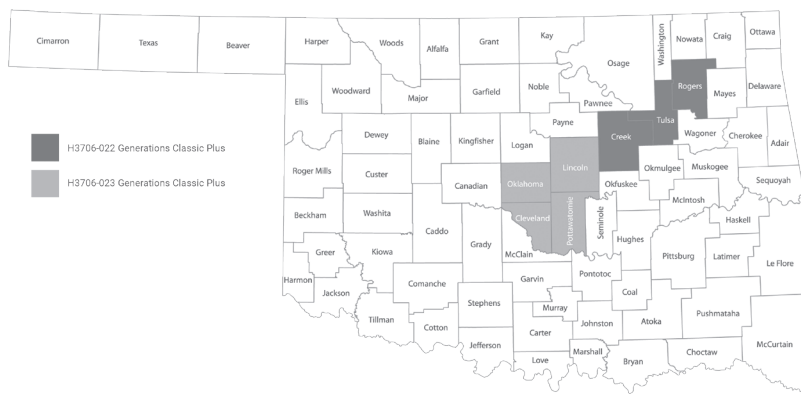
www.GlobalHealth.com

GlobalHealth es un plan HMO/HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato

Esta información de beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener la lista completa de los servicios que cubrimos, vea la "Evidencia de Cobertura". La Evidencia de Cobertura está disponible en línea en www.GlobalHealth.com, o bien puede solicitar una copia a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (TTY: 711).

Para unirse a **GlobalHealth**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma:

Área de Servicio 2022



- Cleveland
- Creek
- Lincoln
- Oklahoma
- Pottawatomie
- Rogers
- Tulsa



Salvo en situaciones de emergencia, si acude a proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **"Medicare y usted"** actual. Consulte el manual en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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



2022

**Resumen de Beneficios de los
Planes GlobalHealth Generations
de Medicare Advantage**

Resumen de Beneficios de los Planes Generations de Medicare Advantage

01/01/2022 – 12/31/2022

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

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Prima Mensual del Plan (Debe seguir pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$25 por mes
Gasto Máximo de Bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) Anual (no incluye beneficios complementarios ni medicamentos con receta)	\$3,900	\$3,900	\$3,450	\$3,900
Beneficios Saludables: Tarjeta para comprar alimentos canjeable en Walmart®	No está cubierto	No está cubierto	El plan paga \$25 al mes	El plan paga \$25 al mes
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN				
Cobertura de Hospitalización ^{1,2}	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$225 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)
Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados ^{1,2}	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$225 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ^{1,2}	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)
ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA				
Consultas al Doctor	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta al PCP • \$35 de copago por consulta a especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta al PCP • \$40 de copago por consulta a especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta al PCP • \$20 de copago por consulta a especialistas^{1,2} 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por consulta al PCP • \$35 de copago por consulta a especialistas^{1,2}
Servicios Quiroprácticos	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta
Servicios de Podología ^{1,2}	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta
Consulta de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta
Centro de Cirugía Ambulatoria ^{1,2}	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$175 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos
Servicios de Observación Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos
Cirugía para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos
Atención Médica de Emergencia	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$120 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Atención Médica de Emergencia a Nivel Mundial (No se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente
Servicios Requeridos Urgentemente	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Atención Médica Urgente a Nivel Mundial (No se acumula en el MOOP)	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> • \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia
Análisis de Laboratorio, Radiografías, etc. para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo
Radiología Terapéutica para Pacientes ambulatorios ^{1,2}	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta
Radiología de Diagnóstico (resonancia magnética [RM], etc.) para Pacientes Ambulatorios ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente • \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente, centro de radiología independiente • \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$175 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente, centro de radiología independiente • \$225 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente, centro de radiología independiente • \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios ^{1,2} (Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla)	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Acupuntura ^{1,2}	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta
Ambulancia (Viaje de ida o de regreso, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos)	<ul style="list-style-type: none"> • \$250 por ocurrencia por vía terrestre • Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> • \$250 por ocurrencia por vía terrestre • Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> • \$240 por ocurrencia por vía terrestre • Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> • \$240 por ocurrencia por vía terrestre • Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea
Servicios de Atención Médica a Domicilio ^{1,2}	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN PREVENTIVA				
Servicios Médicos Preventivos	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B				
Medicamentos de Medicare Parte B (Incluye quimioterapia) ^{1,2,3}	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo
SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS				
Equipo Médico Duradero ¹ (por ejemplo, monitores continuos de glucosa [continuous glucose monitors, CGM], sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo
Suministros Estándar para Pruebas de Diabetes ¹	\$0	\$0	\$0	\$0
Prótesis y Suministros Relacionados ¹ (por ejemplo, dispositivos ortopédicos, prótesis ortopédicas)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

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

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS				
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año
Servicios Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas • Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales (no se acumula en el MOOP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas • Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales (no se acumula en el MOOP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas • Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales (no se acumula en el MOOP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas • Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales (no se acumula en el MOOP)
Servicios para la Vista	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los accesorios para la vista por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los accesorios para la vista por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los accesorios para la vista por año 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los accesorios para la vista por año
Transporte¹ (Hacia lugares aprobados por el plan y desde ellos)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por viaje • Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por viaje • Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por viaje • Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por viaje • Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año • Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Atención de Rutina de los Pies ^{1,2}	No está cubierto	No está cubierto	• \$20 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año	• \$35 de copago por consulta • Se limita a 6 consultas por año
Beneficio de Venta Libre (Incluye terapia de reemplazo de nicotina)	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$25 al mes	El plan paga \$25 al mes
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0	\$0
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0	\$0
Entrega de Comidas Posterior al Alta ¹	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 14 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 14 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D				
Fase 1: Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Fase 2: Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$4,430	\$4,430	\$4,430	\$4,430
* Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
* Nivel 2: Medicamentos Genéricos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	\$15 de copago por surtido	\$15 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido
* Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	\$42 de copago por surtido	\$42 de copago por surtido	<ul style="list-style-type: none"> • \$42 de copago por surtido • \$35 de copago por surtido de insulinas seleccionadas 	<ul style="list-style-type: none"> • \$42 de copago por surtido • \$35 de copago por surtido de insulinas seleccionadas
* Nivel 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	\$90 de copago por surtido	\$90 de copago por surtido
* Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido
* Nivel 1 y Nivel 2: (Suministro para 100 Días en Farmacia Minorista Preferida y de Pedido por Correo)	\$0	\$0	\$0	\$0
* Nivel 3: (Suministro para 100 Días en Farmacia Minorista Preferida y Pedido por Correo)	\$84 de copago por surtido	\$84 de copago por surtido	<ul style="list-style-type: none"> • \$84 de copago por surtido • \$84 de copago por surtido de insulinas seleccionadas 	<ul style="list-style-type: none"> • \$84 de copago por surtido • \$84 de copago por surtido de insulinas seleccionadas
* Nivel 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro para 100 Días en Farmacia Minorista Preferida y Pedido por Correo)	Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	\$270 de copago por surtido	\$270 de copago por surtido

* Los gastos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los gastos compartidos específicos de más farmacias y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
<p>Fase 3: Etapa de Brecha en Cobertura⁴ (Después de que sus costos de recetas alcancen los \$4,430)</p>	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 o los medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de Marca Registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70 % se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial, para los medicamentos de marca registrada de Nivel 1 o para medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca registrada. 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 o los medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de Marca Registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70 % se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial, para los medicamentos de marca registrada de Nivel 1 o para medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca registrada. 	<p>Medicamentos Genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 o los medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo por otros medicamentos genéricos. <p>Medicamentos de Marca Registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70 % se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial, para los medicamentos de marca registrada de Nivel 1 o para medicamentos antihipertensivos orales de Nivel 3. Los miembros pagan el 25 % del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca registrada. <p>Insulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros no pagan más de \$35 por un suministro de 30 días de insulinas seleccionadas. 	
<p>Fase 4: Etapa de Cobertura Catastrófica (Después de que haya pagado \$7,050 de gastos de bolsillo)</p>	<p>Usted paga la cantidad mayor entre el 5 % del costo del medicamento o \$3.95 por medicamentos genéricos/ \$9.85 por medicamentos de marca.</p>			

4 = Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas de los costos que cuentan para esta cantidad.

TENGA EN CUENTA ESTO: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos cubiertos más reciente. La lista de medicamentos cubiertos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.
Recibirá un aviso cuando sea necesario.



Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (TTY: 711)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (entre el 1 de octubre y el 31 de marzo)
y de lunes a viernes (entre el 1 de abril y el 30 de septiembre).

www.GlobalHealth.com

Directorio de Proveedores: www.GlobalHealth.com

Directorio de Farmacias: www.GlobalHealth.com

Puede ver la lista completa de los medicamentos cubiertos por el plan
(lista de medicamentos con receta de la Parte D) y
cualquier restricción en nuestro sitio web en www.GlobalHealthMedicare.com.

Fraude, derroche y abuso: GlobalHealth se compromete a combatir el fraude, el derroche
y el abuso en la atención médica. Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare,
llame a nuestra línea directa: 1-877-280-5852.

Área de Servicio 2022



Cleveland

Creek

Lincoln

Oklahoma

Pottawatomie

Rogers

Tulsa



GlobalHealth

Planes de Medicare Advantage

Si tiene preguntas o quiere inscribirse:

1-844-280-5555 (TTY: 711)

www.GlobalHealth.com

Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado.

Fraude, derroche y abuso: GlobalHealth se compromete a combatir el fraude, el derroche y el abuso en la atención médica.

Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare, llame a nuestra línea directa: 1-877-280-5852.

El Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) aprobó a GlobalHealth para administrar un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) en el 2022. Esta aprobación se basa en una revisión del Modelo de Atención de GlobalHealth.

GlobalHealth cumple todos los derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.