

Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

AVISO ANUAL DE CAMBIOS

1 de Enero - 31 de Diciembre de 2027

GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y del programa de Medicaid de Oklahoma. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

1-844-280-5555 (Número 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),
y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de Lunes a Viernes (1 de Abril - 30 de Septiembre)

www.globalhealth.com

H3706_0001880626_M

GH025ANOC2027S



Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP) Ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2027

Estás inscrito como miembro de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tienes desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre para hacer cambios en tu cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no te inscribes en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2026, permanecerás en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- Para cambiar a otro **plan**, visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revisa la lista que aparece al final de tu *manual de Medicare y Usted 2027*.
- Ten en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas está en la *Evidencia de Cobertura*. Consigue una copia en www.globalhealth.com o llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir una copia por correo.

Más Recursos

- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para más información. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de Octubre a 31 de Marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes (1 de Abril a 30 de Septiembre). Esta llamada es gratis.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo letra grande, braille y CD de audio. Por favor, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente a los números indicados anteriormente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Acerca de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

- GlobalHealth es un plan HMO con contratos de Medicare y Oklahoma Medicaid. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a GlobalHealth, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- **Si no haces nada antes del 7 de Diciembre de 2026, serás automáticamente inscrito en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).** A partir del 1 de Enero de 2027, recibirás tu cobertura médica y de medicamentos a través de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP). Consulta la Sección 3 para más información sobre cómo cambiar planes y plazos para hacer un cambio.

H3706_0001880626_M

Índice

Resumen de los Costos Importantes para 2027	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año	11
Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan	11
Sección 1.2 Cambios en su Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo	11
Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores	12
Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias	12
Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	13
Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D ..	14
Sección 1.7 Cambios en los Beneficios y Costos de los Medicamentos con Receta	15
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	19
SECCIÓN 3 Cómo Cambiar Planes	21
Sección 3.1 Plazos para Cambiar Planes	22
Sección 3.2 ¿Hay Otros Tiempos del Año para Realizar Cambios?	22
SECCIÓN 4 Obtén Ayuda para Pagar Medicamentos con Receta	22
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	24
Obtén ayuda de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	24
Recibe Asesoramiento Gratuito Sobre Medicare	24
Busca Ayuda en Medicare	24

Resumen de los Costos Importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan* * Tu prima puede ser superior a esta cantidad. Ve a la Sección 1 para más detalles.	\$0	\$0
Cantidad máxima de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagarás de tu bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulta la Sección 1 para más detalles.)	\$3,900	\$3,900
Visitas a la consulta de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas a oficinas de especialistas	\$35 por visita	\$35 por visita
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye diversas estancias hospitalarias como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estancia hospitalaria comienza el día que te ingresan formalmente con orden médica y termina el día antes de que te den el alta.	Pagas un copago de \$275 al día para los días 1 a 7 No hay copago, ni deducible, ni coseguro para los días 8 a 90. No hay copago, ni deducible, ni coseguro para los días 91 a 190.	Pagas un copago de \$275 al día para los días 1 a 7 No hay copago, ni deducible, ni coseguro para los días 8 a 90. No hay copago, ni deducible, ni coseguro para los días 91 a 190.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulta la Sección 1 para más detalles, incluyendo Deducible Anual, Cobertura Inicial y Etapas de Cobertura Catastrófica.)	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago/Coseguro durante la etapa inicial de cobertura: Costo compartido estándar de 30 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$6 Nivel 2 de Medicamentos: \$11 Nivel 3 de Medicamentos: \$47 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: 33% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 5	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago/Coseguro durante la etapa inicial de cobertura: Costo compartido estándar de 30 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$6 Nivel 2 de Medicamentos: \$11 Nivel 3 de Medicamentos: \$47 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: 33% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	Costo compartido preferido de 30 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$5 Nivel 3 de Medicamentos: \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: 33% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 5	Costo compartido preferido de 30 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$5 Nivel 3 de Medicamentos: \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: 33% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Costo compartido estándar de 30 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$6 Nivel 2 de Medicamentos: \$11 Nivel 3 de Medicamentos: \$47	Costo compartido estándar de 30 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$6 Nivel 2 de Medicamentos: \$11 Nivel 3 de Medicamentos: \$47

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 30 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$5 Nivel 3 de Medicamentos: \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto	Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 30 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$5 Nivel 3 de Medicamentos: \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	Costo compartido estándar de 100 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$18 Nivel 2 de Medicamentos: \$33 Nivel 3 de Medicamentos: \$141 Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 100 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$0 Nivel 3 de Medicamentos: \$82 Pagas \$82 por cada suministro de 100 días de	Costo compartido estándar de 100 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$18 Nivel 2 de Medicamentos: \$33 Nivel 3 de Medicamentos: \$141 Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 100 días de una farmacia minorista: Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$0 Nivel 3 de Medicamentos: \$82 Pagas \$82 por cada suministro de 100 días de cada producto de

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido estándar de 100 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$18 Nivel 2 de Medicamentos: \$33 Nivel 3 de Medicamentos: \$141 Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 100 días por pedido por correo:	insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido estándar de 100 días por pedido por correo: Nivel 1 de Medicamentos: \$18 Nivel 2 de Medicamentos: \$33 Nivel 3 de Medicamentos: \$141 Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 50% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Costo compartido preferido de 100 días por pedido por correo:

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$0 Nivel 3 de Medicamentos: \$82 Pagas \$82 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total Pagas \$105 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto Los productos de insulina en el Nivel 2 tienen los mismos copagos que otros medicamentos del Nivel 2. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no pagas nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	Nivel 1 de Medicamentos: \$0 Nivel 2 de Medicamentos: \$0 Nivel 3 de Medicamentos: \$82 Pagas \$82 por cada suministro de 100 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de Medicamentos: 40% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4 Nivel 5 de Medicamentos: no cubierto No hay insulinas en el Nivel 2. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no pagas nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Prima mensual del plan (También debes seguir pagando tu prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se descontará de tu prima de la Parte B. Esto significa que pagarás menos por la Parte B.	\$55	\$40

Factores que podrían cambiar el importe de tu prima de la Parte D

- Penalización por inscripción tardía: tu prima mensual del plan será *mayor* si tienes que pagar una penalización de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Mayor recargo por ingresos - Si tienes ingresos mayores, puede que tengas que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para la cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en su Cantidad Máxima de Gastos de Bolsillo.

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto pagas de tu bolsillo durante el año. Este límite se llama la cantidad máxima de bolsillo. Una vez que has pagado esta cantidad, generalmente no pagas nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Cantidad máxima de bolsillo	\$3,900	\$3,900

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Tus costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para tu cantidad máxima de bolsillo.		Una vez que hayas pagado \$3,900 de tu bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y Partes B, no pagarás nada por tus servicios cubiertos de las Partes A y Partes B durante el resto del año calendario.
Tus costos de medicamentos con receta no cuentan para el importe máximo que pagas de tu bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulta el *Directorio de Proveedores 2027* (<https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>) para ver si tus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Así es como puedes obtener un *Directorio de Proveedores* actualizado:

- Visita nuestra página web en <https://gh-findcare.globalhealthportals.com/oklahoma/globalhealth/medicare>.
- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de proveedor a mitad de año te afecta, llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir ayuda. Puede que tengas un periodo especial de inscripción si tu proveedor abandona la red del plan. Para más información sobre tus derechos cuando un proveedor de red abandona nuestro plan, consulta el Capítulo 3, Sección 2.3 de tu *Evidencia de Cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades que pagues por tus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilices. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, tus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferentes, que pueden ofrecerte costos compartidos más bajos que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revisa el Directorio de Farmacias 2027 (<https://www.globalhealth.com/oklahoma/medicare-advantage/member-materials>) para ver qué farmacias forman parte de nuestra red. Así es como obtener un *Directorio de Farmacias* actualizado:

- Visita nuestra página web en <https://www.globalhealth.com/oklahoma/medicare-advantage/member-materials>.
- Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para pedirnos que te enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que formen parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias te afecta, llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para recibir ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Servicios de emergencia	\$90 de copago por visita	\$120 de copago por visita
Servicios de apoyo a domicilio (Papa Pals)	65 horas al año Transporte a ubicaciones no médicas	55 horas al año Transporte solo a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan

Smart Wallet Benefit El beneficio Smart Wallet incluye tu asignación mensual de Dental, Audición y Visión. Los inscritos que cumplan los criterios de elegibilidad para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) pueden utilizar la misma asignación dental, auditiva y de visión para adquirir otros artículos y servicios elegibles para SSBCI. Los inscritos elegibles con enfermedades crónicas, como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica y trastornos cardiovasculares, pueden ser elegibles para el programa SSBCI. La elegibilidad para los beneficios descritos no está garantizada únicamente por la presencia de una enfermedad crónica mencionada. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de otorgar el beneficio. Para más detalles, por favor contáctanos.	\$60 al mes con transferencia de mes a mes y caduca a final de año	\$50 por mes sin transferencia. La cantidad expira al final de cada mes
Servicios de emergencia y atención urgente a nivel mundial	\$90 de copago por visita	\$120 de copago por visita

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o Lista de Medicamentos. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos está publicada en línea en

<https://www.globalhealth.com/oklahoma/pharmacy/drug-formularies>.

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos por la Parte D. Además, no pagas nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Generalmente permaneces en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los Medicamentos en la Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra tu costo por receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Deducible Anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a ti.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a ti.

Costos de los Medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra tu costo por receta para un suministro de un mes (30 días) dispensado en una farmacia de red con Costos compartidos estándar y preferidos.

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para ti. Para más información sobre los costos de las vacunas, o sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de red que ofrezca costos compartidos preferidos; o para recetas por correo, consulta el Capítulo 6 de tu *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que hayas pagado \$2,400 de tu bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasarás a la siguiente Etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Genéricos Preferidos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.	Costos compartidos estándar: Pagas \$6 El costo de una receta por correo de un mes es de \$6 Costo compartido preferido: Pagas \$0	Costos compartidos estándar: Pagas \$6 El costo de una receta por correo de un mes es de \$6 Costo compartido preferido: Pagas \$0

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	El costo de una receta por correo de un mes es de \$0	El costo de una receta por correo de un mes es de \$0
Genéricos: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.	Costos compartidos estándar: Pagas \$11 El costo de una receta por correo de un mes es de \$11 Costos compartidos preferidos: Pagas \$5 El costo de una receta por correo de un mes es de \$5	Costos compartidos estándar: Pagas \$11 El costo de una receta por correo de un mes es de \$11 Costos compartidos preferidos: Pagas \$5 El costo de una receta por correo de un mes es de \$5
Marca Preferida: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.	Costos compartidos estándar: Pagas \$47 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta por correo de un mes es de \$47 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costos compartidos preferidos: Pagas \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Costos compartidos estándar: Pagas \$47 Pagas \$35 al mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta por correo de un mes es de \$47 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costos compartidos preferidos: Pagas \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	El costo de una receta por correo de un mes es de \$41 Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.	El costo de una receta por correo de un mes es de \$41 Pagas \$35 al por cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamento No-preferido: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.	Costo compartido estándar: Pagas el 50% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta por correo de un mes es el 50% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Costo compartido preferido: Pagas el 40% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo de una receta por correo de un mes es el 40% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de	Costo compartido estándar: Pagas el 50% del costo total El costo de una receta por correo de un mes es el 50% del costo total Costo compartido preferidos: Pagas el 40% del costo total El costo de una receta por correo de un mes es el 40% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 4.

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
	insulina cubierto en este nivel.	
Medicamentos Especializados: Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si tus medicamentos estarán en otro nivel, búscalos en la Lista de Medicamentos.	Costo compartido estándar: Pagas el 33% del costo total Reparto de costos preferidos: Pagas el 33% del costo total No hay productos de insulina en el Nivel 5.	Costo compartido estándar: Pagas el 33% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel. Reparto de costos preferidos: Pagas el 33% del costo total Pagas \$35 al mes por cada producto de insulina cubierto en este nivel.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Servicios de apoyo en hogar (Papa Pals) horarios de Atención al Cliente	8:00 a.m. – 10:00 p.m., 7 días a la semana	8:00 a.m. – 8:00 p.m., 7 días a la semana
Portal para miembros ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias (Carelton Health)	No disponible	www.careltonbh.com/globalhealth

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Nivel de excepción de la Parte D	Nivel 4	Nivel 5
Quejas sobre el Programa de la Parte D	1-866-494-3927 (Número Gratuito) 1-888-586-0616 (Fax) MedImpact 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131	Quejas relacionadas con los beneficios: 1-844-280-5555 (Número Gratuito) TTY: 711 405-280-5294 (Fax) GlobalHealth, Inc. P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101 Todas las demás quejas: 1-866-494-3927 (Número Gratuito) TTY: 711 1-888-586-0616 (Fax) MedImpact 10181 Scripps Gateway Ct. San Diego, CA 92131
Fax de reembolso de la Parte D	1-888-586-0102	1-866-646-1403
Organización de Mejora de la Calidad	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317

	2026 (este año)	2027 (el año que viene)
Horario de atención al cliente de Vision (EyeMed)	de 8:00 a.m. a 2:00 a.m., de Lunes a Sábado, y de 11:00 a.m. a 8:00 p.m., Domingo (Octubre – Marzo) de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., de Lunes a Sábado, y de 11:00 a.m. a 8:00 p.m., Domingo (Octubre – Marzo)	De 7:00 a.m. a 10:00 p.m., de Lunes a Sábado, y de 10:00 a.m. a 7:00 p.m. Domingo

SECCIÓN 3 Cómo Cambiar Planes

Para continuar con Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP), no necesitas hacer nada. A menos que te inscribas en otro tipo de plan de salud de Medicare o cambies a Medicare Original antes del 7 de Diciembre, estarás automáticamente inscrito en Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).

Si quieres cambiar de plan para 2027, sigue estos pasos:

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare**, insíbete en el nuevo plan. Serás dado de baja automáticamente de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP). Recuerda, no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos con receta. Además, ten en cuenta que en muchos planes no puedes unirte a un plan de salud de Medicare y al mismo tiempo comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare separada**, puedes inscribirte en un plan de la Parte D y serás dado de baja automáticamente de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puedes enviarnos una solicitud por escrito para darte de baja. Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711) para más información sobre cómo hacerlo. O llama a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pide que te den de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no te inscribes en un plan de medicamentos de Medicare, puedes pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D (acude a la Sección 1).
- **Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulta el manual *de Medicare y Usted 2027*, llama a tu Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (ve a la Sección 5) o llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Como recordatorio, GlobalHealth, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazos para Cambiar Planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **el 15 de Octubre hasta el 7** de Diciembre de cada año.

Si te inscribiste en un plan Medicare Advantage para el 1 de Enero de 2027 y no te gusta tu elección de plan, puedes cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Hay Otros Tiempos del Año para Realizar Cambios?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Ejemplos incluyen personas que:

- Tiene Medicaid
- Consigue Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar sus medicamentos
- Tienes o estás dejando la cobertura del empleador
- Se mudan del área de servicio de nuestro plan

Si te mudaste recientemente o vives actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puedes cambiar tu cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puedes cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare separada) en cualquier momento. Si te mudaste recientemente de una institución, tienes la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que te mudes.

SECCIÓN 4 Obtén Ayuda para Pagar Medicamentos con Receta

Podrías cualificar para recibir ayuda para pagar tus medicamentos con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden optar a una Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si cumples los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75% o más de tus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de planes de medicamentos, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que cumplan los requisitos no tendrán penalización por inscripción tardía. Para ver si cumples los requisitos, llama a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de Lunes a Viernes, para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

- Tu oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del Programa de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de tu Estado.** Oklahoma tiene un programa llamado RX for Oklahoma que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud o State Health Insurance Assistance Program (SHIP) de su Estado. Para obtener el número de teléfono de tu estado, visita shiphelp.org o llama al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de Costos Compartidos de Recetas para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA o AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opere en tu estado, debes cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia estatal y estado serológico, bajos ingresos según lo definido por el estado y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para ayuda de reparto de costos con recetas a través de Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Oklahoma o Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH de Oklahoma o Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al 1-405-271-4636. Asegúrate, al llamar, de informarles el nombre o el número de póliza de tu plan Medicare Parte D.
- **El Plan de Pago de Recetas de Medicare.** El Plan de Pago de Prescripciones de Medicare es una opción de pago que se adapta a tu cobertura actual de medicamentos para ayudarte a gestionar tus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (Enero a Diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. Si participas en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permaneces en el mismo plan de la Parte D, tu participación se renovará automáticamente para 2027; no necesitas presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarte a gestionar tus gastos, pero no te ahorra dinero ni reduce el costo de tus medicamentos.**

La Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare y la ayuda de tu SPAP y ADAP, para quienes cumplen los requisitos, es más ventajosa que participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámanos al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios de TTY llaman al 711) o visita Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtén Ayuda de Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

- **Llama a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito). (Los usuarios TTY llaman al 711.)**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de Octubre – 31 de Marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de Lunes a Viernes (1 de Abril – 30 de Septiembre). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* 2027**

Este *Aviso Anual de Cambios* te ofrece un resumen de los cambios en tus beneficios y costos para 2027. Para más detalles, consulta la *Evidencia de Cobertura* para Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica tus derechos y las normas que debes seguir para acceder a los servicios cubiertos y a los medicamentos con receta. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestra web en www.globalhealth.com o llame a Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios de TTY llamen al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visita www.globalhealth.com**

Nuestra página web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Directorio de Farmacias*) y nuestra *Lista de Medicamentos* Cubiertos (formulario/Lista de Medicamentos).

Recibe Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud o State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental independiente con consejeros formados en todos los estados. En Oklahoma, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud o State Health Insurance Counseling Program.

Llama al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud o el State Health Insurance Counseling Program para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguro de salud. Pueden ayudarte a entender tus opciones de plan Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llama al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud o State Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Obtenga más información sobre el Programa Estatal de Asistencia o State Health Insurance Counseling Program para el Seguro de Salud visitando <https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/>.

Busca Ayuda en Medicare

- **Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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

- **Chat en vivo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puedes chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escribe a Medicare**

Puede escribir a Medicare en PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visita [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

La página web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones estrellas de calidad para ayudarte a comparar planes de salud de Medicare en tu área.

- **Lee *Medicare y Usted 2027***

El *Manual de Medicare y Usted 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtén una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar a 1-877-486-2048.

Aviso de No Discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional (incluyendo dominio limitado del inglés y lengua principal), sexo (consistente con el alcance de la discriminación por sexo descrito en § 92.101(a)(2)), edad o discapacidad.

GlobalHealth, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables para personas con discapacidad y ayudas y servicios auxiliares apropiados, incluyendo:
 - Intérpretes cualificados para personas con discapacidad
 - Información en formatos alternativos, como braille o letra grande, gratuita y de forma oportuna, cuando sean necesarias modificaciones, ayudas y servicios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación para las personas con discapacidad;
- Ofrece servicios de asistencia lingüística, incluyendo documentos traducidos electrónicos y escritos, así como la interpretación oral, de forma gratuita y de forma oportuna, cuando dichos servicios son un paso razonable para proporcionar acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados, o servicios de asistencia lingüística, contacte con el Servicio de Atención al Cliente de GlobalHealth en el 1-844-280-5555 (Número Gratuito). Nuestro horario de servicio es de Lunes a domingo de 8:00 a 8:00 p.m., del 1 de Octubre al 31 de Marzo. Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, de Lunes a Viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si crees que no hemos prestado estos servicios o hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, nuestro Coordinador de la Sección 1557 está disponible para ayudarte. Puedes presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico:

Dirección postal:	GlobalHealth Section 1557 Coordinator P.O. Box 2658 Oklahoma City, OK 73101-2658
Número de teléfono:	1-844-280-5555 (Número Gratuito) 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 puedes presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., o U.S. Department of Health and Human Services, Oficina de Derechos Civiles o Office for Civil Rights, de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles o Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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.

Notificación de disponibilidad de materiales electrónicos

GlobalHealth le provee materiales importantes sobre el plan, que le explican cómo utilizar sus beneficios del plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en o antes del 15 de Octubre de 2026 en la página web www.GlobalHealth.com. Si desea una copia impresa de cualquier material, comuníquese con Atención al Cliente.

Evidencia de Cobertura

La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) es esencialmente su Manual del Afiliado. Contiene información detallada sobre sus beneficios, costos compartidos y reglas de cobertura de su plan. Por ejemplo, si no está seguro de si un servicio requiere preautorización o no, puede encontrar esa información en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Directorio de Proveedores

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

Formulario de Medicamentos*

El Formulario de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos) le ofrece información sobre los medicamentos recetados cubiertos por su plan, incluida la clasificación por niveles y la disponibilidad de pedidos por correo. Además, si un medicamento recetado tiene autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad, esta información se ofrece en el Formulario de medicamentos.

Directorio de Farmacias*

En la mayoría de los casos, sus recetas sólo están cubiertas si se despachan en una farmacia de la red.

Puede solicitar copias impresas de los materiales anteriores llamando a:

GlobalHealth Customer Care

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

8:00 AM a 8:00 PM, 7 días a la semana (1 de Octubre al 31 de Marzo)

8:00 AM a 8:00 PM, de Lunes a Viernes (1 de Abril al 30 de Septiembre)

Cuando solicite copias impresas de estos materiales, le preguntaremos si su solicitud es solo una vez o si desea seguir recibiendo copias impresas hasta que nos diga que prefiere usar versiones electrónicas nuevamente.

Su derecho a optar por no recibir llamadas comerciales del plan

En ocasiones, el plan de salud puede llamar a los afiliados actuales, incluidos los de productos que no son de Medicare, para hablar de asuntos relacionados con el plan (ejemplos de ello son las llamadas a afiliados que por su edad pasan a Medicare desde productos comerciales ofrecidos por la misma organización a afiliados actuales de planes de Medicaid para hablar de sus productos de Medicare, y las llamadas a afiliados actuales de Medicare Advantage para promocionar otros tipos de planes de Medicare o para hablar de los beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede optar por no recibirlas llamándonos al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de membresía.

*Sólo se aplica a planes con cobertura de medicamentos recetados. GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de 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 (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 (TTY: 711). GlobalHealth es un plan HMO ofrecido por GlobalHealth, Inc. H3706_0004300726_C

Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios 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).

Chino: 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)。

Tagalo: 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).

Francés: 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).

Vietnamita: 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).

Alemán: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen 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.

Ruso: 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).

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

Italiano: 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).

Português: 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).

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

Polaco: 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。



Atención al Cliente: 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (TTY: 711)
8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de Octubre al 31 de Marzo),
y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de Lunes a Viernes (1 de Abril - 30 de Septiembre)
www.globalhealth.com