

2023

Descripción general de los beneficios Texas



Opciones de Planes Texas LoneStar Medicare Advantage:

H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)

H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)

H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)

H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)

H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)

H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)

H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)

¡Llame ahora para hablar con un agente autorizado!

1-855-766-7881 (TTY: 711)

Índice

¿Por qué elegir GlobalHealth?	03
Planes de Medicare Advantage: Parte C de Medicare	04
Planes de Medicare Advantage: Parte D de Medicare	05
Formulario de 5 niveles	06
¿Necesita más ayuda? Puede calificar	07
¿Qué es un Plan de Inscripción Especial?	08
¿Qué necesita saber sobre Medicare?	09
¿Qué son los Planes para Necesidades Especiales para Afecciones Crónicas? (C-SNP)	10
¿Qué son los Planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad? (D-SNP)	11
 ¿Qué sigue? ¿Qué esperar cuando se inscribe?	 12
Planes GlobalHealth Texas LoneStar Medicare Advantage	13
Revisión de beneficios	15
¿Qué significa el máximo de gastos de bolsillo?	23
¿Qué es Smart Wallet?	24
Beneficios complementarios de GlobalHealth	26
 Inscribirse en un Plan GlobalHealth Texas Global LoneStar de Medicare Advantage	 28
Términos clave de Medicare	30
Números de teléfono importantes	31
 ¿Todavía tiene preguntas?	 32

¿Por qué elegir GlobalHealth?



Acerca de GlobalHealth

- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)
- Equipos de Servicio al Cliente, gestión de casos y farmacia personalizados
- Disponible en 6 condados para 2023
- Miles de proveedores de calidad, Y muchos hospitales importantes
- 8 Planes de Medicare Advantage

¿Qué hace que un Plan Texas LoneStar de Medicare Advantage sea único?



Brindamos servicios personalizados.

Nuestros equipos de atención al cliente, gestión de casos y farmacia le proporcionan asistencia personal para ayudarlo a moverse por el mundo cada vez más complejo de Medicare. Somos accesibles, fáciles de alcanzar y vamos más allá para ayudarlo.



Somos asequibles.

Ofrecemos una serie de beneficios para ahorrar dinero diseñados para ahorrar más dinero de bolsillo y extender el dinero de los gastos médicos.



Somos su socio de salud.

No solo lo ayudaremos a inscribirlo en el plan adecuado, sino que también tendrá acceso continuo a defensores incansables de la salud que respaldan su mejor salud, incluso entre consultas médicas.

Planes de Medicare Advantage (MA)

¿Es elegible para los Planes Texas LoneStar de Medicare Advantage?

- Debe ser residente permanente en nuestra área de servicio
- Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare

¿Qué es un Plan Medicare Advantage? (Parte C de Medicare)

Un plan Medicare Advantage es una alternativa a Original Medicare todo en uno, que mejora su cobertura médica. La Parte C de Medicare, por ejemplo, un plan de GlobalHealth, combina los medicamentos recetados de la Parte A y de la Parte B y, a menudo, los de la Parte D. Por lo general, la Parte C de Medicare ofrece más beneficios para servicios como los dentales, de la vista y la audición, y copagos bajos o ningún copago para las citas con los médicos. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para suscribirse en un plan Medicare Advantage.



*Incluye cobertura de la Parte A, la Parte B y, en ocasiones, la Parte D

Cobertura para medicamentos recetados de la **Parte D de Medicare** (tres Etapas)

1

Etapas Etapa uno

Etapas Etapa de cobertura inicial

El plan paga su parte del costo, y usted paga su parte (copago o coseguro) hasta que sus gastos totales de medicamentos alcancen los \$4,660.

Ejemplo:

Medicamento = \$50

El plan paga = \$40

Usted paga = \$10

2

Etapas Etapa dos

Etapas Etapa sin cobertura

No pagará más del 25 % por los medicamentos genéricos cubiertos o el 25 % por todos los demás medicamentos, más una parte de la tarifa de despacho hasta que alcance los \$7,400.

Ejemplo para medicamentos genéricos:

Medicamento = \$50

El plan paga = 75 % (\$37.50)

Usted paga = un 25 % (\$12.50)

Etapas Etapa sin cobertura para lo siguiente:

- Todos los medicamentos del nivel 1
- Nivel 3: Insulina y medicamentos contra la diabetes*

3

Etapas Etapa tres

Etapas Etapa de cobertura catastrófica

Usted pagará el 5 % del costo o \$4.15, lo que sea mayor, por los medicamentos genéricos y \$10.85 por todos los demás medicamentos.

Ejemplo para medicamentos genéricos:

Medicamento = \$50

El plan paga = \$45.85

Usted paga = \$4.15

Los Planes GlobalHealth de Medicare Advantage no tienen una etapa de deducible. Los miembros de los Planes D-SNP pagan \$0 durante todas las etapas de pago.

Formulario de 5 niveles

Notará en el formulario de medicamentos recetados que los medicamentos se dividen en un sistema de niveles. En pocas palabras, cuanto más costoso es el medicamento, más alto es el nivel. Cada categoría tendrá un costo de bolsillo definido que usted debe pagar antes de recibir el medicamento recetado. Tenga en cuenta que los Planes D-SNP solo cuentan con una categoría para los medicamentos recetados cubiertos. El sistema de nivel es el siguiente:

Categoría 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)

Medicamentos Genéricos Preferidos que se recetan comúnmente

Categoría 2 (Genéricos)

Medicamentos Genéricos que pueden tener un copago bajo

Categoría 3 (Marca Preferida)

Medicamentos de Marca Preferidos que no tienen un equivalente genérico y son los medicamentos de marca con el costo más bajo

Categoría 4 (Medicamentos No Preferidos)

Medicamentos No Preferidos que incluyen medicamentos de Marca No Preferidos y medicamentos Genéricos No Preferidos

Categoría 5 (Medicamentos de Especialidad)

Medicamentos especializados que corresponden a los más costosos en el sistema de Categorías y se utilizan para tratar afecciones complejas como el cáncer



¿Necesita más ayuda?

¡Usted puede calificar!

Podrá obtener Ayuda Adicional con su cobertura de medicamentos recetados.
Para ver si califica, llame a:

- **GlobalHealth:** 1-855-766-7881 (TTY: 711)*
- **Medicare:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048)
- **Oficina del Seguro Social:** 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
(TTY: 1-800-325-0778)
- **Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de
Salud Estatal de Medicaid Programa (Health Information, Counseling,
and Advocacy Program, HICAP):** 1-800-252-9240

¿Qué necesita saber sobre Medicare?



Fechas de inscripción de Medicare Advantage

Preinscripción del 1 de octubre al 14 de octubre

Se presenta la información del plan de Medicare. Esta es una oportunidad para que revise y compare los diferentes planes de Medicare que cumplen con sus necesidades y presupuesto.

Inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre

En este breve período, las personas que son elegibles para Medicare pueden inscribirse, cambiar o abandonar un plan de Medicare Advantage.

Inscripción abierta del 1 de enero al 31 de marzo

Los inscritos en el plan de Medicare Advantage (MA) pueden inscribirse en otro plan de MA o cancelar su inscripción en el plan de MA y volver a Original Medicare.

Período de inscripción especial del 1 de abril al 14 de octubre

Los miembros del plan de Medicare Advantage no pueden realizar cambios en su plan actual a menos que califiquen para un Período de Inscripción Especial.

¿Qué es un

Plan de Inscripción Especial? (SEP)

Se puede inscribir en un plan Medicare Advantage durante un periodo de 7 meses en torno a su cumpleaños n.º 65:

**3 meses
ANTES**
que usted cumpla
65 años

El mes
en que cumple
65 años

**3 meses
DESPUÉS**
de su mes de
cumpleaños

Período de Inscripción Especial

Algunos eventos que califican pueden permitirle a una persona que sea elegible para Medicare que haga cambios en el plan durante el año.

Si su respuesta es afirmativa, puede calificar para el Período de Inscripción Especial:

- ¿Tiene Medicare y Medicaid?
- ¿Califica para recibir Ayuda Adicional para pagar sus recetas?
- ¿Se mudó recientemente y su plan actual no lo ofrecen en su área de servicios?
- ¿Planea renunciar a la cobertura de su empleador o de su sindicato?
- ¿Califica para un plan para necesidades especiales para la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica o las enfermedades cardiovasculares?

¿Qué son los Planes para Necesidades Especiales Crónicas? C-SNP

¿Qué es un plan C-SNP?

Los Planes C-SNP son tipos de planes de Medicare Advantage diseñados para beneficiarios de Medicare con afecciones crónicas. Los Planes C-SNP pueden cubrir solo una afección o un conjunto de afecciones.

¿Qué afecciones califican?

Los Centros de Medicare y Medicaid definen qué afección o afecciones puede cubrir un plan de Medicare Advantage a través de un Plan C-SNP. Los Planes C-SNP Texas LoneStar son para afiliados con las siguientes afecciones:

- **Insuficiencia cardíaca crónica**
- **Diabetes**
- **Enfermedad cardiovascular, incluidas arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico.**

¿Quién es elegible?

Para ser elegible para un Plan C-SNP Texas LoneStar, debe ser residente permanente en nuestra área de servicios, tener Medicare Parte A y Parte B y padecer una de las afecciones crónicas mencionadas anteriormente.

¿Cómo ayudan los C-SNP?

Los miembros inscritos en un Plan C-SNP reciben servicios de administración de casos proactivos adicionales para ayudar a manejar las afecciones crónicas. Los miembros reciben un plan de acción de atención médica a medida que se vincula directamente para ayudarlos a alcanzar su salud óptima.

Características y beneficios de C-SNP Texas LoneStar



- **Suministros estándar para pruebas de diabetes cubiertos sin costo**
- **Par **gratuito** de zapatos terapéuticos personalizados a medida y plantillas***
- **\$35 de copago** para insulinas mediante el Modelo de Ahorro para adultos mayores de la Parte D
- **Cobertura adicional** para los medicamentos antidiabéticos orales de Categoría 3 durante la Etapa sin Cobertura

* Puede que se requiera autorización previa. Para obtener un listado completo de los beneficios y las limitaciones, consulte la Evidencia de Cobertura del plan.

¿Qué son los Planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad? D-SNP

Los Planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad Texas LoneStar ofrecen ayuda financiera adicional para gastos médicos a las personas que califican. Para ser elegible, debe vivir en nuestra área de servicio, tener la Parte A y la Parte B de Medicare y calificar para Medicaid.

Características y beneficios de D-SNP Texas LoneStar

Algunos de los beneficios mejorados que obtiene con un plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad GlobalHealth son los siguientes:



- **Asignación mensual** que se puede utilizar para la asistencia de artículos de venta libre, alimentos o servicios públicos *
- **14 comidas GRATUITAS** una vez al año
- **\$0 de copago** en TODOS los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos
- ¡y **mucho más!**

Llame para hablar con uno de nuestros agentes autorizados para ver si califica o para obtener ayuda para solicitar Medicaid.

1-855-766-7881 (TTY: 711)

*No aplicable a todos los planes.



¿Qué sigue?

¿Qué esperar cuando se inscribe?

¡Bienvenido a la familia GlobalHealth!

Después de inscribirse en su plan Texas LoneStar de Medicare Advantage, utilice la siguiente guía paso a paso para saber qué es lo que sigue. ¡Asegúrese de revisar su correo para ver estas comunicaciones!

PASO

¿POR QUÉ LO RECIBE?

1

Suscripción
Carta de
verificación

Para asegurarnos de que recibimos su formulario de suscripción completo. **(Tenga en cuenta lo siguiente:** Medicare aún debe aprobar su suscripción).

2

Notificación para
confirmar su
suscripción

Para confirmar que su suscripción fue aprobada por Medicare.

3

Kit de bienvenida

Para proporcionarle un Kit de Bienvenida que contenga la información del plan, incluida la información sobre dónde encontrar su Evidencia de Cobertura.

4

Tarjeta de
identificación de
miembro

Para proporcionarle una tarjeta de identificación de miembro. Debe mostrar esta tarjeta cada vez que visite al médico, un hospital o una farmacia (si corresponde).

5

Evaluación de
Riesgos para la
Salud (Health
Risk Assessment,
HRA)

A fin de información que le permitirá a GlobalHealth coordinar con sus proveedores de atención médica de la mejor manera posible para satisfacer sus necesidades de atención médica preventiva.

¿Tiene preguntas? Puede llamar a nuestro amable equipo de Servicio al Cliente para obtener respuestas a sus preguntas al:

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

de 8 a. m. a 8 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)

Planes Texas LoneStar

Condado	H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)	H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)	H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)
Collin	✓	✓	✓	✓
Dallas	✓	✓	✓	✓
Denton	✓	✓	✓	✓
Fort Bend				
Montgomery				
Tarrant	✓	✓	✓	✓



Health

Medicare Advantage

H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)	H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)	H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)	H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)
✓	✓	✓	
✓	✓	✓	
✓	✓	✓	
			✓
			✓
✓	✓	✓	

Revisión de los beneficios de los planes

	H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)	H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)
Prima Mensual del Plan	\$0	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$125	\$0	\$0
Máximo de Gastos de Bolsillo (MOOP) Anual	\$5,900	\$3,900	\$3,900
ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA			
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	\$295 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$195 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$125 de copago por día (entre los días 1 y 7)
Atención de la salud mental para pacientes internados	\$295 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$195 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$125 de copago por día (entre los días 1 y 7)
Centro de enfermería especializada	\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100)	\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100)	\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100)
ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA			
PCP	\$0	\$0	\$0

Pueden aplicarse limitaciones de beneficios, autorizaciones previas o remisiones. Consulte la



Health

Texas LoneStar de Medicare Advantage

H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) (Según el estado de Medicaid)	H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)	H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)	H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)
\$0	\$25.00	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$150	\$0	\$0	\$75	\$0
\$3,900	\$3,650	\$3,650	\$3,900 dentro de la red, \$6,900 combinados	\$4,500
\$250 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$0, o \$250 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$0	\$295 por día (entre los días 1 y 7) para servicios dentro de la red \$345 por día (entre los días 1 y 7)	\$300 de copago por día (entre los días 1 y 7)
\$250 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$0, o \$250 de copago por día (entre los días 1 y 7)	\$0	\$295 por día (entre los días 1 y 7) para servicios dentro de la red \$345 por día (entre los días 1 y 7)	\$300 de copago por día (entre los días 1 y 7)
\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100)	\$0, o \$0 (entre los días 1 y 20); \$185.50 de copago por día (entre los días 21-100)	\$0	\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100) para servicios dentro de la red \$225 por día (entre los días 1 y 25); \$0 por día (entre los días 26 y 100)	\$0 (entre los días 1 y 20); \$184 por día (entre los días 21 y 100)
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

la Evidencia de Cobertura del plan para obtener una descripción completa de los beneficios.

	H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)	H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)
Especialista	\$40	\$30	\$20
Servicios quiroprácticos	\$20	\$20	\$20
Servicios de podología	\$40	\$30	\$20
Servicios médicos a domicilio	\$0	\$0	\$0
Centro de Cirugía Ambulatoria	\$200	\$200	\$145
Cirugía en hospital para pacientes ambulatorios	\$250	\$250	\$195
Ambulancia (viaje de ida)	\$225	\$225	\$225
Atención Médica de Emergencia	\$90	\$90	\$90
Atención Médica Urgente a Nivel Mundial y Atención Médica de Emergencia a Nivel Mundial (no acumulativo para el MOOP)	\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)
Servicios Requeridos Urgentemente	\$60	\$60	\$60
Análisis de Laboratorio Ambulatorios y Radiografías	\$0	\$0	\$0
Radiología de Diagnóstico en un entorno hospitalario (RM, TC, TEP, etc.)	\$250	\$250	\$195
Radiología Terapéutica	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Terapia Física, Ocupacional y del Habla	\$20	\$30	\$20
ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA			
Servicios médicos preventivos	\$0	\$0	\$0

Pueden aplicarse limitaciones de beneficios, autorizaciones previas o remisiones. Consulte la

H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) (Según el estado de Medicaid)	H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)	H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)	H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)
\$30	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$35 para servicios dentro de la red, \$45 para servicios fuera de la red	\$30
\$20	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$20	\$20
\$30	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$35	\$30
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$175	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$200	\$265
\$225	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$250	\$315
\$200	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$240	\$225
\$90	de \$0 a \$90	\$0	\$90	\$90
\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)	\$50,000 (\$90 de copago)
\$60	de \$0 a \$60	\$0	\$15	\$60
\$0	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$5 por análisis de laboratorio; \$0 por radiografías	\$0
\$225	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$250	\$315
20% de coseguro	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	20% de coseguro	20% de coseguro
\$30	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	\$20	\$30
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

a Evidencia de Cobertura del plan para obtener una descripción completa de los beneficios.

	H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)	H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)
SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS			
Equipo Médico Duradero (p. ej., monitores continuos de glucosa [continuous glucose monitors, CGM], sillas de ruedas, oxígeno)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Suministros estándar para pruebas de diabetes	\$0	20% de coseguro	\$0
Prótesis y suministros relacionados (por ejemplo, dispositivos ortopédicos, prótesis ortopédicas)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE B			
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluye quimioterapia)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
MEDICAMENTOS DE LA PARTE D			
Deducible	\$0	\$0	\$0
Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$4,660	\$4,660	\$4,660
Nivel 1: Suministro para 100 días en Farmacia Minorista Preferida	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Suministro para 100 días en Farmacia Minorista Preferida	\$20	\$20	\$10
Nivel 3: Suministro para 100 días en Farmacia Minorista Preferida	\$84	\$84	\$84
Nivel 4: Suministro para 100 días en Farmacia Minorista Preferida	\$270	\$270	\$270
Nivel 1: Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida	\$10	\$10	\$5

Pueden aplicarse limitaciones de beneficios, autorizaciones previas o remisiones. Consulte la
Mensajes importantes sobre lo que paga por las vacunas y la insulina: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la
por nuestro plan, independientemente de la categoría.
Llame a Atención al cliente por el 1-800-444-4444.

H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) (Según el estado de Medicaid)	H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)	H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)	H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)
20% de coseguro	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	20% de coseguro	20% de coseguro
\$0	\$0	\$0	\$0	20% de coseguro
20% de coseguro	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	20% de coseguro	20% de coseguro
20% de coseguro	Entre \$0 y 20% de coseguro	\$0	20% de coseguro	20% de coseguro
\$0	\$0	\$0	N/C	\$0
\$4,660	\$4,660	\$4,660	N/C	\$4,660
\$0	\$0	\$0	N/C	\$0
\$10	\$0	\$0	N/C	\$20
\$84	\$0	\$0	N/C	\$84
\$270	\$0	\$0	N/C	\$270
\$0	\$0	\$0	N/C	\$0
\$5	\$0	\$0	N/C	\$10

la Evidencia de Cobertura del plan para obtener una descripción completa de los beneficios.
 Parte D sin costo para usted. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto
 goría de costo compartido en la que se encuentre.
 para obtener más información.

	H6062-011 Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	H6062-001 Texas LoneStar Gold (HMO)	H6062-005 Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP)
Nivel 3: Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida	\$42	\$42	\$42
Nivel 4: Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida	\$90	\$90	\$90
Nivel 5: Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Etapas Sin Cobertura	Sí	Sí	Sí
BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS			
Servicios de audición	\$750	\$750	\$1,000
Servicios dentales	\$1,500	\$1,500	\$1,500
Servicios para la Vista	\$100	\$100	\$100
Smart Wallet	\$500 por año (Servicios dentales, de la visión o de la audición); \$75 por trimestre (artículos de venta libre [OTC])	\$500 por año (Servicios dentales, de la visión o de la audición); \$75 por trimestre (artículos de venta libre [OTC])	\$500 por año (Servicios dentales, de la visión o de la audición); \$150 por trimestre (artículos de venta libre o alimentos)
Transporte	12 viajes de ida	12 viajes de ida	18 viajes de ida
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0
Entrega de comidas posterior al alta médica	10 comidas	10 comidas	14 comidas
Apoyo para las comidas	No está cubierto.	No está cubierto	No está cubierto
Servicios apoyo en el hogar	60 horas al año	60 horas al año	60 horas al año
Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias	\$0	\$0	\$0

Pueden aplicarse limitaciones de beneficios, autorizaciones previas o remisiones. Consulte la
Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas y la insulina: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la
por nuestro plan, independientemente de la categ
Llame a Atención al cliente por

H6062-006 Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	H6062-009 Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) (Según el estado de Medicaid)	H6062-010 Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNP)	H6062-012 Texas LoneStar Valor (HMO-POS)	H6062-003 Texas LoneStar Gold (HMO)
\$42	\$0	\$0	N/C	\$42
\$90	\$0	\$0	N/C	\$90
33% de coseguro	\$0	\$0	N/C	33% de coseguro
Sí	Sí	Sí	N/C	Sí
\$1,000	\$2,000	\$2,000	\$1,000	\$750
\$1,500	\$2,500	\$3,000	\$1,500	(Este plan no tiene cobertura dental integral.)
\$100	\$300	\$300	\$100 para servicios combinados tanto dentro como fuera de la red	\$100
\$500 por año (Servicios dentales, de la visión o de la audición); \$150 por trimestre (artículos de venta libre o alimentos)	\$1,000 por año (Servicios dentales, de la visión o de la audición); \$150 por mes (artículos de venta libre, alimentos o servicios públicos)	\$1,500 por año (Servicios Dentales, de la Audición o de la Visión); \$150 por mes (Artículos OTC, Alimentos o Servicios Públicos)	\$500 por año (Servicios Dentales, de la Audición o de la Visión); \$75 por trimestre (Artículos OTC)	\$50 por trimestre (artículos de venta libre)
18 viajes de ida	36 viajes de ida	36 viajes de ida	24 viajes de ida	6 viajes de ida
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
14 comidas	42 comidas	42 comidas	10 comidas	10 comidas
No está cubierto	14 comidas	14 comidas	No está cubierto.	No está cubierto
60 horas al año	60 horas al año	60 horas al año	60 horas al año	No está cubierto
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

la Evidencia de Cobertura del plan para obtener una descripción completa de los beneficios.
 Parte D sin costo para usted. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto
 categoría de costo compartido en la que se encuentre.
 para obtener más información.

¿Qué significa el Gasto Máximo de Bolsillo (MOOP)?

El gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) es el límite de lo que usted paga cuando comparte el costo de su atención a través de deducibles, coseguro y copagos. Lo que usted paga por los servicios de Medicare Parte A y Parte B, incluidos el deducible, el coseguro y los copagos de su plan se aplica a su Gasto Máximo de Bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP). Lo que usted paga por los beneficios complementarios, el coseguro y los copagos no se aplica a su Gasto Máximo de Bolsillo. Una vez que alcanza el MOOP, el plan paga el 100 % de los siguientes servicios.

Nuestros planes Texas LoneStar de Medicare Advantage lo protegen con un Gasto Máximo de Bolsillo BAJO.

Servicios para paciente hospitalizado

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Salud mental para pacientes internados
- Servicios de enfermería especializada

Servicios para paciente ambulatorio

- Consultas al Doctor
- Servicios Quiroprácticos
- Servicios de Podología
- Servicios de Atención Médica a Domicilio
- Salud mental para pacientes ambulatorios
- Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios
- Cirugía para pacientes ambulatorios
- Servicios de ambulancia Medicamente Necesarios
- Atención Médica de Emergencia
- Atención de Urgencia
- Servicios de rehabilitación ambulatorios (OT, PT Y ST)

Suministros y servicios médicos para pacientes ambulatorios

- Consulta preventiva anual
- Equipo Médico Duradero
- Aparatos protésicos
- Entrenamiento y autocontrol de la diabetes
- Suministros para el monitoreo de la diabetes
- Suministros y terapia nutricional
- Pruebas de diagnóstico
- Radiografías
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Mediciones de masa ósea
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal
- Vacunaciones (gripe, hepatitis B, neumonía)
- Mamografías
- Pruebas de Papanicolaou
- Pruebas de detección del cáncer de próstata
- Servicios por insuficiencia renal en etapa terminal

¿Qué es Smart Wallet?

GlobalHealth se asoció con NationsBenefits para brindarles a los miembros la tarjeta Smart Wallet, una tarjeta Prepagada Mastercard con Beneficios. Esta tarjeta tendrá asignaciones anuales y mensuales/trimestrales/anuales de un miembro para Servicios Dentales, de la Vista, de la Audición, artículos de venta libre, alimentos o servicios públicos. Tenga en cuenta que todos los planes no ofrecen cada categoría.

Los miembros pueden ver lo que es elegible para comprar en GlobalHealth.NationsBenefits.com. Puede utilizar su Smart Wallet en cualquiera de las siguientes tiendas minoristas.

- Walmart
- Catálogo de artículos de venta libre

Nombre del plan	Asignación de beneficios	Frecuencia	Beneficios y programas
Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	\$500	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Gold (HMO)	\$500	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Care (HMO C-SNP)	\$500	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	\$1000	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)	\$1000	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Premier (HMO D-SNP)	\$1500	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Gold (HMO): Houston Market	\$0	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición
Texas LoneStar Valor (HMO)	\$500	Anual	Servicios dentales, de la visión o de la audición

Nombre del plan	Asignación de beneficios	Frecuencia	Beneficios y programas
Texas LoneStar Gold Rewards (HMO)	\$75	Trimestral	OTC
Texas LoneStar Gold (HMO)	\$75	Trimestral	OTC
Texas LoneStar Care (HMO C-SNP)	\$150	Trimestral	Artículos de venta libre o alimentos
Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP)	\$150	Trimestral	Artículos OTC o alimentos
Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP)	\$150	Mensual	Artículos de venta libre, alimentos o servicios públicos
Texas LoneStar Premier (HMO D-SNP)	\$150	Mensual	Artículos OTC, Alimentos o Servicios Públicos
Texas LoneStar Gold (HMO) – Houston Market	\$50	Trimestral	OTC
Texas LoneStar Valor (HMO)	\$75	Trimestral	OTC

Los miembros también pueden ver las asignaciones en el portal MyBenefits a partir del 01/01/2023. Este portal permite a los miembros realizar lo siguiente:

- Acceder a www.GlobalHealth.com para realizar pedidos en línea
- Activar y administrar su tarjeta
- Verificar la elegibilidad de los productos y servicios
- Ver el saldo disponible y el historial de transacciones
- Actualizar la información de la cuenta personal
- Buscar tiendas minoristas

Los miembros pueden comunicarse con los Asesores de Experiencia del Miembro

844-200-8167 (TTY: 711)

Disponible de 8 a. m. a 8 p. m.,
los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo,
de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre



Beneficios Complementarios de GlobalHealth

GlobalHealth se asocia con grandes empresas para brindar beneficios de la visión, dentales, auditivos, de transporte, de acondicionamiento físico y de venta libre. Cuando utilice estos beneficios, debe permanecer en la red de proveedores y llevar su tarjeta de identificación de GlobalHealth al centro participante de la red en su primera visita o tenerla lista cuando llame. Consulte la evidencia de cobertura



Servicios dentales: DentaQuest proporciona servicios dentales. Para ver un listado completo de proveedores de DentaQuest, visite www.GlobalHealth.com. Si tiene preguntas, comuníquese al 833-493-0566 (TTY: 711) o comuníquese con Servicio al cliente.



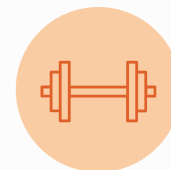
Servicios de la visión: EyeMed proporciona servicios de la visión. Para ver un listado completo de proveedores de EyeMed, visite www.GlobalHealth.com. Si tienes preguntas, llame al 1-800-884-6321 (TTY: 711) o comuníquese con Servicio al cliente.



Servicios de la audición: NationsHearing proporciona servicios de la audición. Para ver un listado completo de proveedores de NationsHearing, visite www.GlobalHealth.com. También puede llamar a NationsHearing al 1-877-241-4736 (TTY: 711) o Atención al Cliente para todas las preguntas sobre beneficios auditivos.



Servicios de transporte: RoundTrip proporciona servicios de transporte. Para programar un traslado a una visita médica u otro lugar aprobado por el plan, llame a RoundTrip al 1-877-565-1612. Se requiere un aviso de 72 horas.



Acondicionamiento físico: GlobalHealth ofrece un beneficio de acondicionamiento físico a todos los miembros de Medicare Advantage. Para obtener un listado completo de los centros participantes de la red e información sobre cómo utilizar todos los beneficios, visite www.GlobalHealth.com o comuníquese con Servicio al Cliente.



Entrega de comidas: Independent Living Systems le proporciona las comidas después de que le den el alta de un hospital para pacientes internados o de una admisión en un Centro de Enfermería Especializada. Un administrador de casos de GlobalHealth coordinará su entrega de comidas. (evidence of coverage, EOC) de su plan para verificar la cobertura de los siguientes servicios.



Línea de enfermería las 24 horas todos los días: 24/7 horas del día, los 7 días de la semana, cuenta con personal especializado y enfermeros registrados listos para ayudarlo con sus inquietudes de salud. Llame al 1-800-554-9371 (TTY: 711) para obtener ayuda.

Si tiene preguntas antes del 1.o de enero de 2023, comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth.

Inscribirse en un

Plan Texas LoneStar de Medicare Advantage

4 maneras fáciles de presentar su suscripción:



Llámenos:

Para obtener más información, llámenos al 1-855-766-7881 (TTY: 711)*.



Agente de ventas local:

Comuníquese con su agente de ventas local para que lo ayude a elegir el plan adecuado y completar su inscripción.

SOLO PARA USO DEL AGENTE:

Suscripción en línea a través de un agente:

Tiene la opción de suscribir a un miembro en nuestro sitio web:
<https://globalhealth2.destinationrx.com/PC/2023>

*Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado.



Suscríbase en línea:

Visite <https://globalhealth1.destinationrx.com/PC/2023> para inscribirse.

Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en un Plan Texas LoneStar de Medicare Advantage de GlobalHealth a través del Centro de Inscripción en Línea de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ubicado en: www.Medicare.gov.

Para evitar demoras en su suscripción, no envíe su información de suscripción más de una vez.

Si necesita ayuda para completar su formulario de inscripción o si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-855-766-7881 (TTY: 711) *.



Por correo:

Siga estos sencillos pasos para inscribirse en un Plan Texas LoneStar de Medicare Advantage:

1. Cada solicitante debe completar un formulario de suscripción por separado.
2. Tenga su tarjeta de Medicare lista. Deberá completar la información solicitada EXACTAMENTE como aparece en su tarjeta de Medicare para evitar demoras en su inscripción.
3. Firme y feche el formulario de suscripción. Su formulario de inscripción no esta completo sin una firma.
4. Envíelo por correo junto con cualquier otra documentación necesaria a:

GlobalHealth
Attn: Elegibilidad e inscripción
P.O. Box 1678
Oklahoma City, OK 73101-1678

Términos clave de

Medicare

Coseguro: Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Copago: Un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento de marca. El copago es una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar \$10 o \$20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Costo Compartido: Se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos (por ejemplo, su copago o coseguro).

C-SNP (Plan para necesidades especiales para afecciones crónicas): Un plan Medicare Advantage diseñado para beneficiarios de Medicare con afecciones crónicas, como enfermedades cardíacas. Los planes pueden ofrecer planes C-SNP solo por una afección o por un grupo de afecciones.

Deducible: suma que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Lista de medicamentos cubiertos: Una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud – Punto de Servicio (HMO-POS): Un Plan de Medicare Advantage que es una organización para el Mantenimiento de la Salud con una red más flexible que permite a los miembros del Plan buscar atención fuera de la red de HMO tradicional en determinadas situaciones o para cierto tratamiento.

Máximo de Gastos de Bolsillo (MOOP): El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos.

Red: Grupo de proveedores, centros y farmacias contratados para el plan.

Prima: El pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Autorización Previa: Para ciertos servicios o medicamentos recetados, usted deberá obtener la aprobación previa de su proveedor de seguro antes de obtener los servicios o medicamentos. Su médico de atención primaria (PCP) o especialista puede presentar una autorización previa a su seguro para la autorización previa.

Números telefónicos importantes

¿Tiene preguntas sobre los beneficios de su plan? Puede llamar a Servicio al cliente para obtener respuestas a sus preguntas. Si sospecha de fraude, derroche o abuso en Medicare, llame a nuestra línea directa. Mantenga esta lista a mano para saber siempre a quién llamar.

Números telefónicos importantes

Por qué llamar

Servicio al Cliente

1-844-200-8176 (TTY: 711)

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

Línea de enfermería las 24 horas

1-800-554-9371

Fraude, derroche y abuso:

1-877-280-5852

Todas las comunicaciones son
confidenciales y anónimas.

Hable con un defensor de miembros:

- Si perdió documentos importantes del plan, como su tarjeta de Identificación de Miembro o su Resumen de Beneficios.
- Si necesita obtener autorización para un servicio o procedimiento.
- Si necesita saber si un procedimiento o servicio específico está cubierto.
- Si tiene preguntas sobre beneficios o cobertura.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red.
- Si necesita verificar si una receta está en la Lista de Medicamentos cubiertos.

Informe cualquier fraude en la atención médica, por ejemplo:

- El proveedor le factura los servicios, suministros o artículos médicos que no se proporcionaron.
- El proveedor presta servicios que no son médicamente necesarios para obtener el pago del seguro.
- Alguien roba su información personal a fin de presentar reclamaciones falsas para obtener el beneficio del seguro.
- Alguien pretende representar a Medicare, la Administración del seguro Social o un plan de seguro con el fin de obtener información personal.



¿Todavía tiene preguntas?

Obtenga respuestas fáciles de entender a sus preguntas sobre Medicare.

Compare los Planes Texas LoneStar de Medicare Advantage de GlobalHealth con su plan actual.



Hable con un agente autorizado

1-855-766-7881 | TTY: 711

*Con llamar al número indicado podría hablar con un representante de ventas autorizado.



Visite **www.GlobalHealthMedicare.com** para encontrar información del plan y recursos útiles.

**LAS SIGUIENTES PÁGINAS SON
SOLO PARA USO DEL AGENTE**



Enrollment Form

GlobalHealth, Inc. MA-MAPD Individual Enrollment Request Form

Who can use this form?

People with Medicare who want to join a Medicare Advantage Plan.

To join a plan, you must:

- Be a United States citizen or be lawfully present in the U.S.
- Live in the plan's service area

Important: To join a Medicare Advantage Plan, you must also have both:

- Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Medicare Part B (Medical Insurance)

When do I use this form?

You can join a plan:

- Between October 15–December 7 each year (for coverage starting January 1)
- Within 3 months of first getting Medicare
- In certain situations where you're allowed to join or switch plans

Visit Medicare.gov to learn more about when you can sign up for a plan.

What do I need to complete this form?

- Your Medicare Number (the number on your red, white, and blue Medicare card)
- Your permanent address and phone number

Note: You must complete all items in Section 1. The items in Section 2 are optional — you can't be denied coverage because you don't fill them out.

Reminders:

- If you want to join a plan during fall open enrollment (October 15–December 7), the plan must get your completed form by December 7.
- Your plan will send you a bill for the plan's premium. You can choose to sign up to have your premium payments deducted from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board benefits.

What happens next?

Send your completed and signed form to:

By Mail:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 1678
Oklahoma City, OK 73101

By Fax: 405-280-5455

By Email: ghmaenrollment@globalhealth.com

Once we process your request to join, we'll contact you.

How do I get help with this form?

Call GlobalHealth at 1-844-200-8167. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a GlobalHealth al 1-844-200-8167/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Phone: 1-844-200-8167 (TTY/TDD: 711)

Fax: 405-280-5455

Email: ghmaenrollment@globalhealth.com

www.GlobalHealth.com

GlobalHealth, Inc., P.O. Box 1678, Oklahoma City, OK 73101

IMPORTANT: Read and sign below:

- I must keep both Hospital (Part A) and Medical (Part B) to stay in GlobalHealth.
- By joining this Medicare Advantage Plan, I acknowledge that GlobalHealth will share my information with Medicare, who may use it to track my enrollment, to make payments, and for other purposes allowed by Federal law that authorize the collection of this information (see Privacy Act Statement below).
- Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.
- The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan.
- I understand that people with Medicare are generally not covered under Medicare while out of the country, except for limited coverage near the U.S. border.
- I understand that when my GlobalHealth coverage begins, I must get all of my medical and prescription drug benefits from GlobalHealth. Benefits and services provided by GlobalHealth and contained in my GlobalHealth "Evidence of Coverage" document (also known as a member contract or subscriber agreement) will be covered. Neither Medicare nor GlobalHealth will pay for benefits or services that are not covered.
- I understand that my signature (or the signature of the person legally authorized to act on my behalf) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized representative (as described above), this signature certifies that:
 - 1) This person is authorized under State law to complete this enrollment, and
 - 2) Documentation of this authority is available upon request by Medicare.

Signature:

Today's date:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:

LAST name:		FIRST name:		(Optional) MI:																																												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
Permanent Residence Street Address:																																																
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																
Street Number		Street Name		Lot/Apartment																																												
City:		State:		Zip Code:																																												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Phone Number:																																																
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																
Relationship to Enrollee:																																																
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																

Section 2 - All fields below are optional

Answering these questions is your choice. You can't be denied coverage because you don't fill them out.

Select one if you want us to send you information in a language other than English.

☐ Spanish

Select one if you want us to send you information in an accessible format.

☐ Large print ☐ Braille

Please contact GlobalHealth at 1-844-200-8167 if you need information in an accessible format other than what's listed above. Our office hours are from October 1st to March 31st from 8 a.m. to 8 p.m. 7 days a week and from April 1st to September 30th from 8 a.m. to 8 p.m. Monday through Friday. TTY users can call 711.

Do you work? ☐ Yes ☐ No

Does your spouse work? ☐ Yes ☐ No

Are you Hispanic, Latino/a, or Spanish origin? Select all that apply.

☐ No, Not of Hispanic, Latino/a or Spanish Origin ☐ Yes, Cuban ☐ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a

☐ Yes, Puerto Rican ☐ Yes, another Hispanic, Latino or Spanish Origin ☐ I choose not to answer

What's your race? Select all that apply.

☐ White ☐ Black or African American ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Native Hawaiian ☐ Samoan ☐ Other Pacific Islander

☐ Asian Indian ☐ Chinese ☐ Filipino ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Other Asian ☐ Guamanian or Chamorro

☐ I choose not to answer

Paying your plan premiums

You can pay your monthly plan premium (including any late enrollment penalty that you currently have or may owe) by mail each month. You can also choose to pay your premium by having it automatically taken out of your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit each month.

If you don't select a payment option, you will get a bill each month.

Please select a premium payment option:

☐ Get a bill.

Automatic deduction from your monthly:

☐ Social Security benefit check, or

☐ Railroad Retirement Board (RRB) benefit check

If you have to pay a Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA), you must pay this extra amount in addition to your plan premium. The amount is usually taken out of your Social Security benefit, or you may get a bill from Medicare (or the RRB). DON'T pay GlobalHealth the Part D-IRMAA.

OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Effective Date: (MM/DD/YYYY)

Agent Signature: _____

Agent Received Date:

--	--	--	--	--	--

Election Type: ☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ MA OEP ☐ SEP(type)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Not Eligible

Agency of Agent: _____

Current Insurance: _____

Agent Name: (First)

(Last)

Agent ID#:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TR K-1 ☐ Referral by Provider ☐ Referred by Member ☐ Company Website ☐ Direct Mail ☐ Self
☐ Local Community Event ☐ Media (TV, News Ad, Mag) ☐ Seminar ☐ Seminar Follow-up

TR K-2 ☐ Personal Appt; Benefit Reply Card (SOA/BRC)

☐ Walk-in (SOA)

☐ Formal Event (Submit)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Application Mailed by Beneficiary ☐ Informal Event (SOA)

Online/Telephonic Application Confirmation #:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date Received:

Member ID #

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRIVACY ACT STATEMENT

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) Plans, improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 and 1860D-1 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.

LEFT
BLANK
INTENTIONALLY



Attestation of Eligibility for an Enrollment Period

Typically, you may enroll in a Medicare Advantage plan only during the annual enrollment period from October 15 through December 7 of each year.

There are exceptions that may allow you to enroll in a Medicare Advantage plan outside of this period.

Please read the following statements carefully and check the box if the statement applies to you. By checking any of the following boxes you are certifying that, to the best of your knowledge, you are eligible for an Enrollment Period. If we later determine that this information is incorrect, you may be disenrolled.

- ☐ I am new to Medicare.
- ☐ I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- ☐ I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and this plan is a new option for me. I moved on: / /
- ☐ I was recently released from incarceration. I was released on: / /
- ☐ I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on: / /
- ☐ I recently obtained lawful presence status in the United States. I got this status on: / /
- ☐ I recently had a change in my Medicaid (newly got Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance or lost Medicaid) on: / /
- ☐ I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help, or lost Extra Help) on: / /
- ☐ I have both Medicare and Medicaid (or my state helps me pay for my Medicare premiums) or I get Extra Help paying for my Medicare prescription drug coverage, but I haven't had a change.
- ☐ I am moving into, live in, or recently moved out of a Long-Term Care Facility (for example, a nursing home or long term care facility). I moved/will move into/out of the facility on: / /
- ☐ I recently left a PACE program on: / /

☐ I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare's). I lost my drug coverage on:

☐ I am leaving employer or union coverage on:

☐ I belong to a pharmacy assistance program provided by my state.

☐ My plan is ending its contract with Medicare, or Medicare is ending its contract with my plan.

☐ I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on:

☐ I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP), but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on:

☐ I was affected by an emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA) or by a Federal, state or local government entity. One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment request because of the disaster.

☐ Other

If none of these statements applies to you or you're not sure, please contact GlobalHealth at 1-844-200-8167 (TTY users should call 711) to see if you are eligible to enroll. We are open 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (October 1 - March 31) and 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday - Friday (April 1- September 30).

AGENT/OFFICE USE ONLY

Last Name:	First Name:	(Optional) MI:

Medicare Beneficiary Identifier (MBI):



Pre-Enrollment Qualification Assessment Tool

Special Needs Plan (SNP) is a type of Medicare Advantage coordinated plan focused on individuals with special needs. Globalhealth offers Special Needs Plans (SNPs) designed for people with certain chronic or disabling conditions.

You may be eligible to join one of our chronic SNPs if you can answer YES to any of the questions below. Globalhealth will need to obtain verification of the chronic condition from your doctor within 30 days of enrollment. We are required to disenroll you from the special needs plan if we are unable to verify your chronic condition. It is very important that you let your doctor know that we will require their verification and that you provide us with accurate contact information for your doctor at the bottom of this form.

Chronic Heart Failure/Cardiovascular Disorder/Diabetes

Has your doctor or other licensed health care professional diagnosed you with any of the following medical conditions?

(Check all that apply)

Chronic Heart Failure (CHF) ☐ Yes ☐ No

Cardiovascular Disorder ☐ Yes ☐ No

Diabetes Mellitus ☐ Yes ☐ No

Chronic Heart Failure

Do you have fluid in your lungs?

☐ Yes ☐ No

Do you have swelling in your feet and legs almost every day because of too much fluid in your body?

☐ Yes ☐ No

Do you take medicine for the fluid in your lungs or to help your heart beat stronger?

☐ Yes ☐ No

Cardiovascular Disorder

Have you had a heart attack or been told by your doctor you are at risk to have one?

☐ Yes ☐ No

Do you have heart pain (angina) or leg pain (claudication) brought on when you are active?

☐ Yes ☐ No

Do you take medicine for your heart or circulation?

☐ Yes ☐ No

Diabetes

Do you check your blood sugar at home?

☐ Yes ☐ No

Do you have high blood sugar?

☐ Yes ☐ No

Do you take medicine to control your blood sugar?

☐ Yes ☐ No

Beneficiary Information

Beneficiary Name:

Last Name:

First Name:

(Optional) MI:

Birth Date:

M M / D D / Y Y Y Y

Medicare ID Number (HICN):

I authorize the providers listed below to share my health information with GlobalHealth to verify that I have a chronic condition that qualifies me for enrollment in GlobalHealth's chronic special needs plan. This authorization applies to all health information maintained by the provider concerning my medical history for the chronic condition(s) indicated on the first page. Note: GlobalHealth will protect information disclosed as a result of this authorization in accordance with any state and federal laws and requirements that apply. Call us if you have questions or need help with this form. You can reach us at 1-844-200-8167 (TTY: 711). Hours of operation are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week, (October 1 - March 31), and 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday, (April 1 - September 30). Visit us at anytime at www.GlobalHealth.com/medicare.

Enrollee Signature:

Today's Date: M M / D D / Y Y Y Y

Name of your Doctor or Health Care Provider:

Last Name:

First Name:

(Optional) MI:

Phone Number:

Fax Phone Number:

(Optional) Name of your Doctor or Health Care Provider:

Last Name:

First Name:

(Optional) MI:

Phone Number:

Fax Phone Number:

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**

Scope of Sales Appointment Confirmation

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) requires Sales Agents and Brokers to document the scope of a marketing appointment prior to any face-to-face sales meeting to ensure understanding of what will be discussed between the agent and the Medicare beneficiary (or their authorized representative). All information provided on this form is confidential and should be completed by the Medicare beneficiary or his/her authorized representative.

Please initial beside the type of product(s) you want to discuss.

☐

Medicare Advantage Plan (Part C only)

☐

Medicare Advantage and Prescription Drug Plan (Part C and D)

By signing this form, you agree to a meeting with a sales agent to discuss the types of products you initialed above.

Please note, the person who will discuss the products is either employed or contracted by a Medicare plan. They do not work directly for the Federal government. This individual may also be paid based on your enrollment in a plan. Signing this form does NOT obligate you to enroll in a plan, affect your current or future enrollment, or enroll you in a Medicare plan.

Beneficiary or Authorized Representative Signature and Signature Date:	
Signature:	Signature Date:
If you are the authorized representative, please sign above and print below:	
Representative's Name:	Your Relationship to the Beneficiary:

To be completed by Agent:	
Agent Name:	Agent Phone:
Beneficiary Name:	Beneficiary Phone:
Beneficiary Address:	
Initial Method of Contact: (Indicate here if beneficiary was a walk-in.)	
Agent's Signature:	
Plan(s) the agent represented during this meeting:	Date Appointment Completed:



Pre-Enrollment Checklist

Before making an enrollment decision, it is important that you fully understand our benefits and rules. If you have any questions, you can call and speak to a customer service representative at 844-200-8167 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (October 1 - March 31) and Monday - Friday (April 1- September 30).

Understanding the Benefits

- ☐ The Evidence of Coverage (EOC) provides a complete list of all coverage and services. It is important to review plan coverage, costs, and benefits before you enroll. Visit www.GlobalHealth.com or call 844-200-8167 (TTY: 711) to view a copy of the EOC.
- ☐ Review the provider directory (or ask your doctor) to make sure the doctors you see now are in the network. If they are not listed, it means you will likely have to select a new doctor.
- ☐ Review the pharmacy directory to make sure the pharmacy you use for any prescription medicine is in the network. If the pharmacy is not listed, you will likely have to select a new pharmacy for your prescriptions.
- ☐ Review the formulary to make sure your drugs are covered.

Understanding Important Rules

- ☐ In addition to your monthly plan premium, you must continue to pay your Medicare Part B premium. This premium is normally taken out of your Social Security check each month. If the plan in discussion includes a Part B buy-down or is a D-SNP, your Medicare Part B premium may be less than the standard premium.
- ☐ Benefits, premiums and/or copayments/co-insurance may change on January 1, 2024.
- ☐ Except in emergency or urgent situations, we do not cover services by out-of-network providers (doctors who are not listed in the provider directory).
- ☐ Our Texas LoneStar Valor (HMO-POS) Plan allows you to see providers outside of our network (non-contracted providers). However, while we will pay for certain covered services provided by a non-contracted provider, the provider must agree to treat you. Except in an emergency or urgent situations, non-contracted providers may deny care.
- ☐ Texas LoneStar Chronic Care (HMO C-SNP) and Texas LoneStar Chronic Care Savings (HMO C-SNP) are a chronic condition special needs plans (C-SNP). Your ability to enroll will be based on verification that you have a qualifying specific severe or disabling chronic condition.
- ☐ Texas LoneStar Dual Support (HMO D-SNP) and Texas LoneStar Dual Premier (HMO D-SNPO) are dual eligible special needs plans (D-SNP). Your ability to enroll will be based on verification that you are entitled to both Medicare and medical assistance from a state plan under Medicaid.

Based on a Model of Care review, GlobalHealth has been approved by the National Committee for Quality Assurance (NCQA) to operate a Special Needs Plan (SNP) through 2023.

H6062_PREENROLLMENTCHECKLIST_2023_C



(Attn: Care Management (HRA))
P.O. Box 889
Oklahoma City, OK 7101

Health Survey

Please complete this survey. The goal of this survey is to help us understand your health and specific health care needs so we can work together to help provide you the services to reach your health goal(s). Your answers **WILL NOT** affect your benefits. We may share your information with your primary care provider. If you have any questions regarding this please contact Customer Care - 1-844-200-8167 (TTY: 711) 8am - 8pm, 7 days a week, (October 1 - March 31), 8am - 8pm, Monday - Friday (April 1 - September 30).

Date: _____ **Agent name and ID (if agent assisted):** _____

Name: _____ **Gender:** ☐ Male ☐ Female

DOB: _____ **Marital Status:** ☐ Single ☐ Married ☐ Separated ☐ Divorced ☐ Widowed

Phone number: _____

Application/MemberID: _____

1. What is your race?

- ☐ White ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian ☐ Samoan ☐ Other Pacific Islander
☐ Asian Indian ☐ Chinese ☐ Filipino ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Other Asian
☐ Guamanian or Chamorro ☐ I choose not to answer

2. What is your Ethnicity?

- ☐ Not Hispanic, Latino/a or Spanish Origin ☐ Cuban ☐ Mexican, Mexican American, Chicano/a
☐ Puerto Rican ☐ Another Hispanic, Latine or Spanish Origin ☐ I choose not to answer

3. What is your primary language?

- ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____ ☐ I choose not to answer

4. Please check whether you have ever had or have been treated for any of the following Chronic Conditions.

- ☐ Alzheimer's Disease/Dementia ☐ Autoimmune Disease (Multiple Sclerosis/Myasthenia Gravis)
☐ Asthma ☐ Arthritis or Pain in Joints ☐ Cancer ☐ Congestive Heart Failure ☐ COVID-19 ☐ Diabetes
☐ Cardiovascular Disease/Cornary Artery Disease/Peripheral Vascular Disease ☐ Depression/Mental Illness
☐ Epilepsy/Seizures ☐ Heart Problems/Heart Disease/Heart Attack ☐ High Blood Pressure
☐ High Cholesterol/Triglycerides ☐ Kidney Disease/Failure ☐ Immune Disorder (HIV or AIDS)
☐ Lung Disease (Emphysema, Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD)
☐ Neurodegenerative Disease (Parkinson's/Huntington's Disease) ☐ Organ Transplant (Liver, Kidney, etc.)
☐ Stroke

5. Please check the following conditions you are currently experiencing or receiving medical treatment for:

- ☐ Foot/Ankle/Leg Swelling ☐ Sudden Increase in Weight or Overweight ☐ Renal Dialysis
☐ Open Sores, Wounds or Ulcers on Your Skin

6. Health Care Access and Treatment

- a. Do you have transportation to and from your medical appointments? ☐ Yes ☐ No
b. Have you had a face-to-face (in-person or virtual) visit with your doctor for an Annual Physical Exam or Wellness Visit in the past 12 months? ☐ Yes ☐ No
c. Are you currently or have you ever been enrolled in hospice? ☐ Yes ☐ No
d. How many times have you been to the emergency room in the past 12 months? ☐ None ☐ 1-3 times ☐ More than 3
e. How many times have you been admitted to the hospital in the past 12 months? ☐ None ☐ 1-3 times ☐ More than 3
f. When was your last complete dilated eye exam? ☐ Never ☐ Less than 12 months ago ☐ More than 12 months ago

7. Activities of Daily Living

- a. Do you need help with bathing, or dressing yourself, preparing meals, feeding yourself, or using the bathroom? ☐ Yes ☐ No
- b. Do you need help walking, getting up from a chair or getting out of bed? ☐ Yes ☐ No
- c. Do you need help taking your medications as prescribed? ☐ Yes ☐ No
- e. Do you currently use assistive devices and/or durable equipment to walk, bathe, shower, or use the bathroom, i.e., a wheelchair, walker, cane, raised toilet seat, etc.? ☐ Yes ☐ No
- f. In the past 12 months, how many times have you fallen whether in your home or at another location? ☐ Never ☐ Once ☐ More than once
- g. If you are currently bothered with pain, please tell us how bad the pain is, with 1 being very little pain, 5 being moderate pain, and 10 being severe pain. ☐ I have no pain ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10

8. Behavioral and Social

- a. In the past 12 months, have you felt sad, blue or depressed? ☐ Yes ☐ No
- b. In the past 12 months, have you experienced changes in thinking, remembering or decision making? ☐ Yes ☐ No
- c. Does forgetfulness (such as forgetting to pay bills or take your medications) cause problems in your daily life? ☐ Yes ☐ No
- d. Do you smoke? ☐ Yes ☐ No
- e. If you answered yes to the Question D, would you like to receive information to help you quit smoking? ☐ Yes ☐ No
- f. How often do you drink alcohol? ☐ Yes ☐ No
- g. In the last 12 months, have you used illegal drugs or substances? ☐ Yes ☐ No
- h. If you answered yes to Question G, would you like to receive information about controlling this problem? ☐ Yes ☐ No
- i. Do you socialize with others regularly? ☐ Yes ☐ No
- j. Do you exercise regularly or at least several days a week? ☐ Yes ☐ No
- k. Do you currently feel threatened or that you are being physically, mentally, or sexually abused? ☐ Yes ☐ No
- l. Do you experience feelings of stress in your life, like when handling things related to your health, finances, family or social relationships, work, etc.? ☐ Yes ☐ No
- m. In general, how would you rate your overall health? ☐ Excellent/Very Good ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor
- n. In the past 3 months, have you had difficulty meeting your living expenses? ☐ Yes ☐ No
- o. Would you like to receive information regarding advanced directives or living wills? ☐ Yes ☐ No
- p. Do you have or need a caregiver to help you take care of your needs? ☐ Yes ☐ No
- q. What is the highest level of education you completed?
☐ Grade School ☐ High School ☐ Vocational School ☐ College
- r. How well can you read? ☐ Very Well ☐ Well ☐ Not Well ☐ I cannot read

9. Medical Treatment/Vaccinations

- a. How many different medications do you take every day? ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ More than 6 ☐ None
- b. When was your last flu shot? ☐ Never ☐ Within the last 12 months ☐ More than 12 months ago
- c. When was your last pneumonia shot? ☐ Never ☐ Less than 10 years ago ☐ More than 10 years ago
- d. Have you received the COVID-19 vaccination? ☐ Yes ☐ No
- e. If you have received the COVID-19 vaccinations, have you received the full vaccination? ☐ Yes ☐ No

GlobalHealth complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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.

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 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167。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 1-844-200-8167。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-200-8167. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-200-8167번으로 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 1-844-200-8167. 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 . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-844-200-8167 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . 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 1-844-200-8167 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 1-844-200-8167. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167. 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 1-844-200-8167. 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、1-844-200-8167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。

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Planes de Medicare Advantage

Si tiene preguntas o quiere suscribirse:

1-855-766-7881 (TTY: 711)

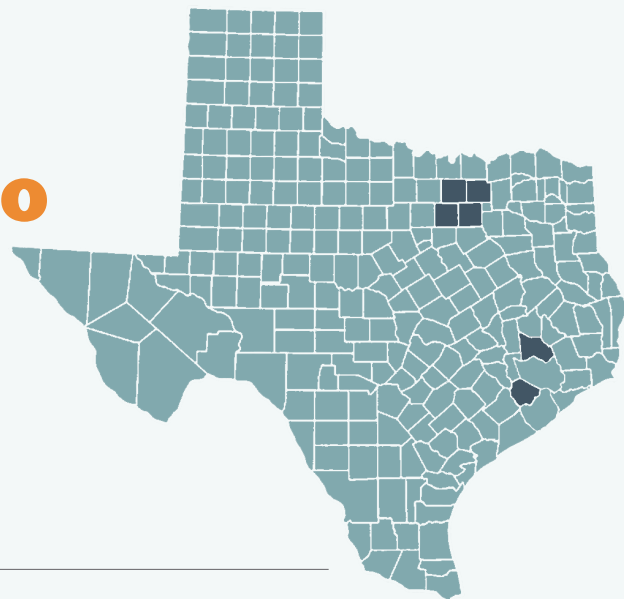
www.GlobalHealthMedicare.com

2023

Área de servicio

Collin
Dallas
Denton

Fort Bend
Montgomery
Tarrant



*Los planes no están disponibles en todos los condados.

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

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

Con base en una revisión del Modelo de Atención, el Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) aprobó a GlobalHealth a fin de administrar un Plan para Necesidades Especiales (SNP) durante el 2023.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan Texas LoneStar Valor (HMO-POS), excepto en situaciones de emergencia. Si desea obtener más información, llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura, en la que se incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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.

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. Comuníquese con el plan para obtener más información.