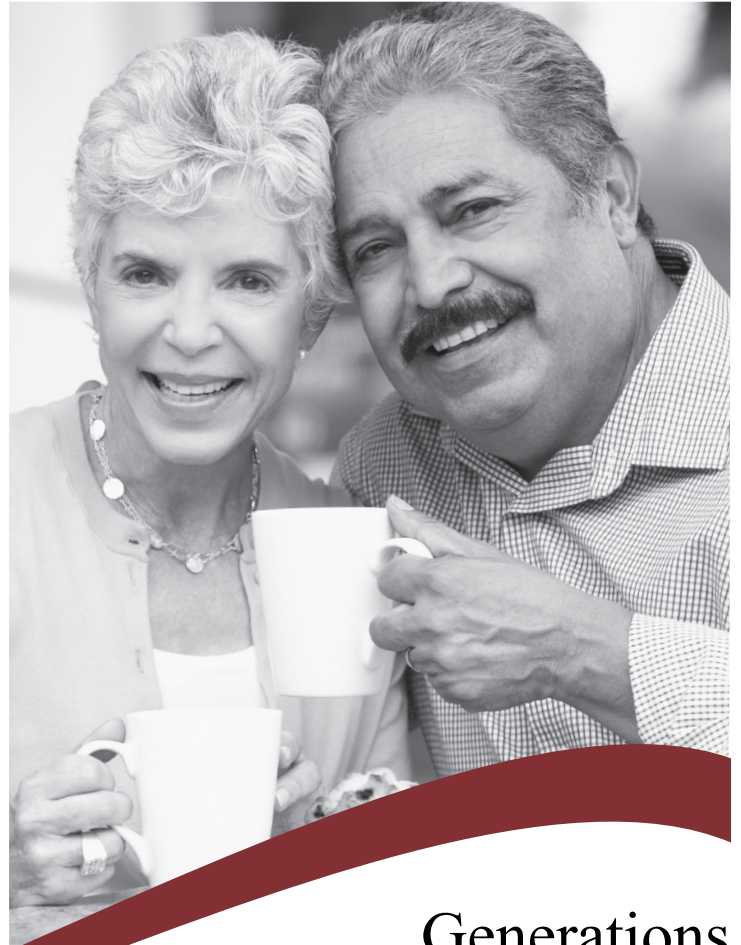




Aviso anual de cambios

1 de enero a
31 de diciembre
de 2022



**Generations
Classic Choice
(HMO-POS)**

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

1-844-280-5555 (línea gratis)
De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)
www.GlobalHealth.com

H3706_CLASSICCHOICEANOCSP_2022_M

Generations Classic Choice (HMO-POS) ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, se encuentra inscrito en calidad de miembro de Generations Classic Choice (HMO-POS). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Mire las Secciones 1.2 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" ("tableros") en el centro de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el siguiente año.
- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense en los costos de atención médica generales.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Conozca otras opciones de plan
- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Lea la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.
- 3. ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan
- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en el plan Generations Classic Choice (HMO-POS).
 - Para cambiar a un **plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si usted no se inscribe a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en el plan Generations Classic Choice (HMO-POS).
- Si se une a otro plan hasta el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro número de Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (línea gratis). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).
- Esta información también está disponible en español y en letra grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Generations Classic Choice (HMO-POS)

- GlobalHealth es un plan HMO/HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa que GlobalHealth, Inc. Cuando se mencionen las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa que Generations Classic Choice (HMO-POS).

H3706_CLASSICCHOICEANOCSP_2022_M Archivo y uso 9/1/2021

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Generations Classic Choice (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si lo afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$10	\$10
Suma máxima de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$3,900 para servicios cubiertos dentro de la red, \$10,000 para servicios combinados cubiertos dentro y fuera de la red.	\$3,900 para servicios cubiertos dentro de la red, \$10,000 para servicios combinados cubiertos dentro y fuera de la red.
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$45 por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialista: \$45 por visita
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	Usted abona un copago de \$395 por día para los días 1 a 5. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 6 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.	Usted abona un copago de \$395 por día para los días 1 a 5. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 6 a 90. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los días 91 a 190.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	Deducible: \$0	Deducible: \$0

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	<p data-bbox="695 323 1045 432">Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p data-bbox="695 453 1045 562">Costo compartido estándar en farmacias minoristas de 30 días:</p> <ul data-bbox="704 583 1045 1100" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="704 583 1000 659">• Categoría de medicamento 1: \$10 <li data-bbox="704 680 1000 756">• Categoría de medicamento 2: \$20 <li data-bbox="704 777 1000 852">• Categoría de medicamento 3: \$47 <li data-bbox="704 873 1045 970">• Categoría de medicamento 4: 50% del costo total <li data-bbox="704 991 1045 1100">• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p data-bbox="695 1121 1045 1230">Costo compartido preferido en farmacias minoristas de 30 días:</p> <ul data-bbox="704 1251 1045 1768" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="704 1251 984 1327">• Categoría de medicamento 1: \$5 <li data-bbox="704 1348 1000 1423">• Categoría de medicamento 2: \$15 <li data-bbox="704 1444 1000 1520">• Categoría de medicamento 3: \$42 <li data-bbox="704 1541 1045 1638">• Categoría de medicamento 4: 40% del costo total <li data-bbox="704 1659 1045 1768">• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p data-bbox="695 1789 1045 1898">Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p>	<p data-bbox="1068 323 1419 432">Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p data-bbox="1068 453 1419 562">Costo compartido estándar en farmacias minoristas de 30 días:</p> <ul data-bbox="1078 583 1419 1100" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1078 583 1373 659">• Categoría de medicamento 1: \$10 <li data-bbox="1078 680 1373 756">• Categoría de medicamento 2: \$20 <li data-bbox="1078 777 1373 852">• Categoría de medicamento 3: \$47 <li data-bbox="1078 873 1419 970">• Categoría de medicamento 4: 50% del costo total <li data-bbox="1078 991 1419 1100">• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p data-bbox="1068 1121 1419 1230">Costo compartido preferido en farmacias minoristas de 30 días:</p> <ul data-bbox="1078 1251 1419 1768" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1078 1251 1357 1327">• Categoría de medicamento 1: \$5 <li data-bbox="1078 1348 1373 1423">• Categoría de medicamento 2: \$15 <li data-bbox="1078 1444 1373 1520">• Categoría de medicamento 3: \$42 <li data-bbox="1078 1541 1419 1638">• Categoría de medicamento 4: 40% del costo total <li data-bbox="1078 1659 1419 1768">• Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. <p data-bbox="1068 1789 1419 1898">Costo compartido estándar en pedidos por correo de 30 días:</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$10 • Categoría de medicamento 2: \$20 • Categoría de medicamento 3: \$47 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$10 • Categoría de medicamento 2: \$20 • Categoría de medicamento 3: \$47 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total.
	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo de 30 días:</p>	<p>Costo compartido preferido en pedidos por correo de 30 días:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$15 • Categoría de medicamento 3: \$42 • Categoría de medicamento 4: 40% del costo total • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$5 • Categoría de medicamento 2: \$15 • Categoría de medicamento 3: \$42 • Categoría de medicamento 4: 40% del costo total • Categoría de medicamento 5: 33% del costo total
	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas de 90 días:</p>	<p>Costo compartido estándar en farmacias minoristas de 100 días:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$30 • Categoría de medicamento 2: \$60 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$30 • Categoría de medicamento 2: \$60

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 3: \$141 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 3: \$141 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total
Costo compartido preferido en farmacias minoristas de 90 días:	Costo compartido preferido en farmacias minoristas de 90 días:	Costo compartido preferido en farmacias minoristas de 100 días:
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 • Categoría de medicamento 4: 40% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 • Categoría de medicamento 3: \$84 • Categoría de medicamento 4: 40% del costo total
Costo compartido estándar en pedidos por correo de 90 días:	Costo compartido estándar en pedidos por correo de 90 días:	Costo compartido estándar en pedidos por correo de 100 días:
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$30 • Categoría de medicamento 2: \$60 • Categoría de medicamento 3: \$141 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$30 • Categoría de medicamento 2: \$60 • Categoría de medicamento 3: \$141 • Categoría de medicamento 4: 50% del costo total
Costo compartido preferido en pedidos por correo de 90 días:	Costo compartido preferido en pedidos por correo de 90 días:	Costo compartido preferido en pedidos por correo de 100 días:
	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: \$0 • Categoría de medicamento 2: \$0

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none">• Categoría de medicamento 3: \$84• Categoría de medicamento 4: 40% del costo total	<ul style="list-style-type: none">• Categoría de medicamento 3: \$84• Categoría de medicamento 4: 40% del costo total

Capítulo 1. *Aviso anual de cambios para 2022*

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficio y costo para el año siguiente	7
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Generations Classic Choice (HMO-POS)	22
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	22
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan	23
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	24
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	24
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	25
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Generations Classic Choice (HMO-POS)	25
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	26

SECCIÓN 1 Cambios en beneficio y costo para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual	\$10	\$10
(Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura válida") durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si va a recibir una “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

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

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo	\$3,900 para servicios cubiertos dentro de la red, \$10,000 para servicios combinados cubiertos dentro y fuera de la red.	\$3,900 para servicios cubiertos dentro de la red, \$10,000 para servicios combinados cubiertos dentro y fuera de la red.
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su suma máxima de su bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B para los proveedores dentro de la red. Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
		servicios cubiertos combinados dentro y fuera de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B para los servicios cubiertos dentro o fuera de la red.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. Puede encontrar un *Directorio de proveedores* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de proveedores*. **Consulte el 2022 Directorio de proveedores para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que los costos compartidos estándar ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias para 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.***

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios de programas para tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con Trastorno por Consumo de Opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos.
- Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	<u>Dentro de la red:</u> No se requiere autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Puede que se requiera autorización previa.
Servicios de ambulancia	<u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$250 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o regreso. <u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 30% del costo total.	<u>Dentro de la red:</u> Usted paga el 20% del costo total por el viaje de ida o regreso en la ambulancia aérea cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$250 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje de ida o regreso. <u>Fuera de la red:</u> Usted paga el 20% del costo total.
Examen físico anual	El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	<u>Dentro de la red:</u> No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.
COVID-19	Se exoneran los costos compartidos para el tratamiento del COVID-19, incluso si se suspende la emergencia de salud pública: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia • Atención hospitalaria para pacientes internados • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Servicios de observación • Consultas a especialistas • Centro de enfermería especializada • Servicios de atención de urgencia 	<u>No</u> se exoneran los costos compartidos para casos que no sean de una emergencia de salud pública.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red</u> : Usted paga un copago de \$45 por visita al consultorio, \$250 en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) y \$320 en un entorno hospitalario ambulatorio.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$45 por visita al consultorio para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>
Servicios dentales preventivos	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza combinada con limpieza periodontal (hasta 2 por año) • Radiografías dentales (hasta 2 por año) • Examen bucal (hasta 2 por año) <p>No se aplica con o seguro, copago ni deducible por servicios preventivos. Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 por año) • Radiografías dentales (hasta 2 por año) • Examen bucal (hasta 2 por año) • Flúor (hasta 2 por año) <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible por los servicios preventivos. No se aplica un coseguro, copago ni deducible por las limpiezas periodontales combinadas con las limpiezas preventivas. Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>
Servicios dentales integrales	<p><u>Dentro de la red:</u> Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos y no preventivos por</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Solo pagaremos hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>año. Usted paga la cantidad que excede esta asignación. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>	<p>El coseguro que paga por servicios dentales complementarios no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior a la asignación del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>
<p>Cobertura a nivel mundial para servicios en un Departamento de Emergencias</p>	<p>La cobertura a nivel mundial para los servicios en un Departamento de Emergencias <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por consulta por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Usted tiene una cobertura de hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o atención de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos. Los copagos que paga por los servicios de emergencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uted paga un copago de \$395 por día para los días de 1 a 5. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 6 a 90. 	<p><u>Dentro de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$395 por día para los días de 1 a 5. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 6 a 90.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 91 a 190. <p>Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención con hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 91 a 190.
<p>Atención médica mental para pacientes internados</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Por las hospitalizaciones cubiertas por Medicare en un hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$275 por día para los días de 1 a 6. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 7 a 90. <p>Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención con hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$275 por día para los días de 1 a 6. • No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los días de 7 a 90.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Beneficio de alimentos	<p><u>Dentro de la red:</u> Si un proveedor del plan le diagnostica algunas de las siguientes afecciones y cumple con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Enfermedad arterial coronaria (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera <p>No se aplica un coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles. Usted es elegible para recibir 10 comidas después del alta hospitalaria, hasta 4 veces al año.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> <u>No</u> hay requisitos estatales por la enfermedad. No se aplica un coseguro, copago ni deducible para el beneficio de alimentos. Limitado a 2 comidas por día durante 5 días, por un total de 10 comidas, hasta 4 altas hospitalarias por año.</p>
Línea de enfermería	La línea de enfermería <u>no</u> está cubierta.	<p><u>Dentro de la red:</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las consultas de la Línea de enfermería. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red:</u> <u>No</u> se requiere autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Es posible que se requiera autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> Es posible que se requiera autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: servicios de observación	<u>Dentro de la red:</u> No se requiere autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> Se requiere autorización previa.	<u>Dentro de la red:</u> Es posible que se requiera autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> Es posible que se requiera autorización previa.
Atención médica mental ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> No se aplica un coseguro, copago ni deducible para la asesoría en telesalud complementaria.	<u>Dentro de la red:</u> La telesalud complementaria <u>no</u> está cubierta.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	<u>Dentro de la red:</u> No se aplica un coseguro, copago ni deducible para la asesoría en telesalud complementaria.	<u>Dentro de la red:</u> La telesalud complementaria <u>no</u> está cubierta.
Medicamentos recetados: cobertura adicional durante la brecha en la cobertura	Para medicamentos genéricos del Nivel 1 y medicamentos genéricos antidiabéticos orales del Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de Cobertura Inicial o el 25% de los costos, lo que sea menor. Para los medicamentos de marca del Nivel 1 y los medicamentos antidiabéticos orales de marca del Nivel 3, el monto del descuento en medicamentos del fabricante del 70% se aplica al copago de la Etapa de Cobertura Inicial.	Para medicamentos genéricos del Nivel 1 y medicamentos genéricos antidiabéticos orales del Nivel 3, usted paga el mismo copago que en la Etapa de Cobertura Inicial. Para los medicamentos de marca del Nivel 1 y los medicamentos antidiabéticos orales de marca del Nivel 3, el monto del descuento en medicamentos del fabricante del 70% se aplica al copago de la Etapa de Cobertura Inicial.
Transporte	<u>Dentro de la red:</u> Si un proveedor del plan le diagnostica algunas de las siguientes afecciones y cumple con algunos de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 	<u>Dentro de la red:</u> No hay requisitos estatales para la enfermedad. Transporte terrestre sin carácter de emergencia para obtener atención y servicios médicamente necesarios según los beneficios del plan.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad arterial coronaria (EAC) • Diabetes • Insuficiencia cardíaca • Hipertensión • Ceguera <p>Nuestro equipo de administración de casos organizará su transporte. No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles. Usted es elegible para 12 viajes de ida o de vuelta hacia y desde las citas con el médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los lugares aprobados por el plan se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Visitas al consultorio del médico ◦ Citas de laboratorio ◦ Citas de quimioterapia/radioterapia/diálisis ◦ Visitas al hospital como paciente ambulatorio ◦ Visitas de servicios preventivos para pacientes ambulatorios • Los viajes están limitados a 12 viajes de ida o vuelta por año; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes • Los viajes están limitados a 50 millas de ida o de vuelta <p>Puede coordinar su transporte mediante RoundTrip. No se aplica ningún coseguro, copago o deducible. Cualquier monto que pague por traslados más allá de los límites del viaje o de la ubicación no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>
<p>Pelucas por pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Solo pagaremos hasta un total de \$150 por las pelucas por pérdida de cabello relacionadas con quimioterapia por año. Si el valor de las pelucas que</p>	<p>Las pelucas por pérdida de cabello relacionada con la quimioterapia <u>no</u> están cubiertas.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p>compra es más elevado que este monto permitido, usted paga la cantidad que excede esta asignación. Se requiere autorización previa. <u>Fuera de la red:</u> Sin cobertura.</p>	
<p>Cobertura a nivel mundial para servicios de atención de urgencia</p>	<p>La cobertura a nivel mundial para servicios de atención de urgencia <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita por servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Está cubierto con hasta \$50,000 cada año para servicios de emergencia o atención de urgencia (combinados) fuera de los Estados Unidos. Los copagos que paga por los servicios de atención de urgencia a nivel mundial no cuentan para el cálculo del monto máximo de bolsillo. Cualquier monto que pague que sea superior al límite del plan no cuenta para el cálculo del monto máximo de bolsillo.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del siguiente año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura*(*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) o comuníquese con Servicio al Cliente.
- **Pídale a su médico (u otro recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el periodo en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario no continúan de un año a otro. Deberá presentar una nueva solicitud de excepciones al formulario todos los años.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la Lista de medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en la red en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos efectuar en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede que no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Servicio al Cliente y pida su “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el siguiente año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre los costos que debe pagar en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestra página web www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si lo afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguro, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:
Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Categoría 1 - genéricos preferidos:	Categoría 1 - genéricos preferidos:
Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i> .	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta médica.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 por receta médica.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta médica.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$5 por receta médica.
	Categoría 2 - genéricos:	Categoría 2 - genéricos:
Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta médica.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta médica.

	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 50% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 40% del costo total.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos de especialidad:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$15 por receta médica.</p> <p>Categoría 3 - marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$42 por receta médica.</p> <p>Categoría 4 - medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 50% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 40% del costo total.</p> <p>Categoría 5 - medicamentos de especialidad:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de brecha en cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Avisos de la explicación de beneficios	Usted recibe avisos de GlobalHealth y CVS.	Usted recibe un aviso de GlobalHealth, CVS y los socios administrativos.
Suministro a largo plazo de un medicamento	Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.	Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días si un proveedor lo receta como un suministro de 100 días.
Métodos de pago	Usted puede pagar su prima al: <ul style="list-style-type: none"> • Facturación directa • Giro bancario • Tarjetas de crédito/débito • Retención de cheques del Seguro Social 	Usted puede pagar su prima al: <ul style="list-style-type: none"> • Facturación directa • Retención de cheques del Seguro Social
Cambios de PCP	Los cambios entran en vigor inmediatamente.	Los cambios entran en vigor el primer día del mes siguiente.
Reducción del área de servicio	Adair, Alfalfa, Atoka, Blaine, Bryan, Caddo, Canadian, Carter, Cherokee, Cleveland, Cotton, Craig, Creek, Custer, Dewey, Garfield, Garvin, Grady, Grant,	Cleveland, Creek, Lincoln, Oklahoma, Pottawatomie, Rogers, Tulsa

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	Haskell, Hughes, Jefferson, Kingfisher, Kiowa, Lincoln, Logan, Love, Major, Mayes, McClain, McIntosh, Murray, Muskogee, Noble, Nowata, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Pittsburg, Pontotoc, Pottawatomie, Pushmataha, Rogers, Seminole, Stephens, Tillman, Tulsa, Wagoner, Woods	
Visión	Examen de la vista de rutina: Debe utilizar un proveedor de la red. Anteojos de rutina y posteriores a la cirugía de cataratas: Puede acudir a cualquier proveedor de anteojos.	Examen de la vista de rutina: Debe utilizar un proveedor de la red de EyeMed. Anteojos de rutina y posteriores a la cirugía de cataratas: Debe acudir a un proveedor de la red de EyeMed.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 –Si decide permanecer en Generations Classic Choice (HMO-POS)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Generations Classic Choice (HMO-POS).

Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en su momento.
- *O--* También puede cambiar a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (vea la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

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

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Classic Choice (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Generations Classic Choice (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – o – comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar por sus

medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oklahoma, el SHIP es conocido como Senior Health Insurance Counseling Program.

Senior Health Insurance Counseling Program es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling Program pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar a Senior Health Insurance Counseling Program al 1-800-763-2828. Puede conocer más sobre Senior Health Insurance Counseling Program visitando su sitio web (<https://www.oid.ok.gov/consumers/information-for-seniors/senior-health-insurance-counseling-program-ship/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o

- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través de Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Oklahoma HIV Drug Assistance Program (HDAP) al (405) 426-8400.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Generations Classic Choice (HMO-POS)

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

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para Generations Classic Choice (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si lo afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

Visite la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (línea gratis)

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

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

www.GlobalHealth.com