

Oklahoma

# RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero - 31 de diciembre de 2027

Opciones del Plan Generations Medicare Advantage:  
Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

1-844-280-5555 (Número Gratuito) (los usuarios TTY llaman al 711)  
De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de Octubre  
al 31 de Marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes (1  
de Abril a 30 de Septiembre)

[www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com)



# Resumen de beneficios de los planes Medicare Advantage de Generations

1 de Enero de 2027 – 31 de Diciembre de 2027

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

GlobalHealth es un plan ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Para unirse a GlobalHealth, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio.

Excepto en situaciones de emergencia, si utilizas proveedores que no están en nuestra red, puede que no paguemos por estos servicios.

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

| Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)                                                                              |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b>                                                                                             | \$220                                                                                                                                                                  |
| <b>Reducción de primas de la Parte B de Medicare</b>                                                                      | \$0 al mes                                                                                                                                                             |
| <b>Deducible</b>                                                                                                          | \$0                                                                                                                                                                    |
| <b>Cantidad máxima de los gastos del bolsillo (MOOP)</b> (No incluye beneficios suplementarios ni medicamentos recetados) | \$3,450                                                                                                                                                                |
| Beneficios de la Parte C                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |
| <b>Cobertura Hospitalaria para Pacientes Hospitalizados</b> <sup>1,2</sup>                                                | \$50 de copago al día (días 1-5); entonces \$0 de copago por día (días ilimitados)                                                                                     |
| <b>Cirugía en Hospital para Pacientes Ambulatorios</b> <sup>1,2</sup>                                                     | \$200 de copago por visita                                                                                                                                             |
| <b>Centro de Cirugía Ambulatoria</b> <sup>1,2</sup>                                                                       | \$0 de copago por visita                                                                                                                                               |
| <b>Visitas al Médico</b>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>\$0 de copago por visita para el médico de cabecera</li><li>\$20 de copago por visita para especialistas<sup>1,2</sup></li></ul> |
| <b>Servicios Preventivos</b>                                                                                              | \$0 de copago por servicios preventivos cubiertos por Medicare                                                                                                         |
| <b>Atención de Emergencias</b>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>\$75 de copago por visita; exento si es ingresado en cuidados agudos en un plazo de 24 horas</li></ul>                           |
| <b>Servicios de Urgencias</b>                                                                                             | \$15 de copago por visita                                                                                                                                              |
| <b>Laboratorios Ambulatorios, Radiografías,</b>                                                                           | \$0 de copago para laboratorios,                                                                                                                                       |

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

| Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>etc.</b> <sup>1,2</sup>                                                                                   | radiografías, ecografías, electrocardiogramas y otros diagnósticos de bajo costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Radiología Diagnóstica Ambulatoria</b> <sup>1,2</sup><br>(resonancia magnética, etc.)                     | \$150 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de Audición</b>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita por servicios cubiertos por Medicare en una consulta de médico de atención primaria</li> <li>• \$20 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare en una consulta especializada</li> <li>• \$0 de copago por examen auditivo rutinario limitado a uno por año</li> <li>• \$0 de copago por la evaluación rutinaria de audífonos, limitado a uno por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$500 al año en audífonos</li> </ul> |
| <b>Servicios dentales</b>                                                                                    | \$20 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare <sup>1,2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de visión</b>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita para servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• \$0 de copago por un examen rutinario de la vista limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todas las gafas complementarias al año</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Atención de Salud Mental Hospitalizada</b> <sup>1,2</sup>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 de copago al día (días 1-5); entonces</li> <li>• \$0 de copago por día (días ilimitados)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Consulta Ambulatoria de Salud Mental</b> <sup>1,2</sup>                                                   | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b> <sup>1,2</sup>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día (días 1-20);</li> <li>• \$184 de copago al día (Días 21-100)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de Rehabilitación Ambulatoria</b> <sup>1,2</sup><br>(Terapia física, ocupacional y/o del habla) | \$20 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

## Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ambulancia</b><br>(Viaje de ida – exento si se ingresa en cuidados agudos)<br>Transporte no urgente <sup>1</sup> | \$50 de copago por suceso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Transporte</b><br>(Hacia y desde ubicaciones aprobadas por el plan)                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por viaje solo de ida</li> <li>• Limitado a 12 viajes de ida o vuelta al año</li> <li>• Limitado a 50 millas por viaje de ida o vuelta</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Medicamentos de Medicare Parte B</b><br>(Incluye quimioterapia e insulina de la Parte B) <sup>1,3</sup>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagas hasta el 20% del costo</li> <li>• No pagarás más que la cantidad en dólares del porcentaje ajustado de coseguro que se aplica al medicamento reembolsable de la Parte B específico (normalmente un medicamento de fuente única, por ejemplo, medicamento de marca) según la fecha de servicio. Esto se aplica a medicamentos específicos de la Parte B y puede incluir fármacos de quimioterapia.</li> <li>• No pagarás más de \$35 por un suministro mensual de insulina de la Parte B. Esto se aplica a la insulina utilizada en una bomba de insulina.</li> </ul> |
| <b>Servicios de Observación Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios<sup>1,2</sup></b>                              | \$150 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios Quiroprácticos</b><br>(Cubierto por Medicare)                                                          | \$20 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios de podología</b><br>(Cubierto por Medicare) <sup>1,2</sup>                                             | \$20 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Acupuntura<sup>1,2</sup></b>                                                                                     | \$20 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios de Atención Domiciliaria<sup>1,2</sup></b>                                                             | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Equipos Médicos Duraderos<sup>1</sup></b><br>(por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)                            | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Suministros para Pruebas de Diabetes<sup>1</sup></b>                                                             | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Prótesis y Suministros Relacionados<sup>1</sup></b><br>(por ejemplo, férulas, prótesis)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% de coseguro para dispositivos externos y suministros médicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

| Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>0% de coseguro para dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos</li> </ul>         |
| <b>Radiología Terapéutica Ambulatoria<sup>1,2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$40 de copago por visita                                                                                                                    |
| Medicamentos de la Parte D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                              |
| <p>El costo compartido puede variar según el tipo o estatus de la farmacia (por ejemplo, comercio minorista, pedido por correo, cuidados a largo plazo (LTC) o infusión domiciliaria) o del suministro (por ejemplo, suministro para 30 o 90 días). Para más información sobre el reparto de costos específicos y las Etapas del beneficio, por favor llámanos o accede a nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea. TENGA EN CUENTA: Por favor, visite nuestra página web para consultar la lista de medicamentos más actualizada. La Lista de Medicamentos y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirás notificación cuando sea necesario.</p> <p>Mensaje importante sobre lo que pagas por las vacunas y la insulina: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D costo alguno para ti. No pagarás más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de copago en el que esté. Llama a Atención al Cliente para más información.</p> |                                                                                                                                              |
| <b>Etapas 1:<br/>Deducible</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                                                                                                                          |
| <b>Etapas 2:<br/>Límite Inicial de Cobertura</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$2,400                                                                                                                                      |
| <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b><br>(Suministro para 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0 de copago por surtido                                                                                                                    |
| <b>Nivel 2: Genérico</b><br>(Suministro para 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$15 de copago por surtido                                                                                                                   |
| <b>Nivel 3: Marca Preferida</b><br>(Suministro para 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>\$42 de copago por surtido</li> <li>\$35 de copago por cada surtido de insulina</li> </ul>            |
| <b>Nivel 4: Medicamentos no Preferidos</b><br>(Suministro para 30 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$95 de copago por surtido                                                                                                                   |
| <b>Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>33% de coseguro del costo por surtido</li> <li>\$35 de copago por cada surtido de insulina</li> </ul> |
| <b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b><br>(Suministro de 90 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago por surtido                                                                                                                    |
| <b>Nivel 2: Genéricos</b><br>(Suministro de 90 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago por surtido                                                                                                                    |
| <b>Nivel 3: Marca preferida</b><br>(Suministro de 90 días)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>\$84 de copago por surtido</li> </ul>                                                                 |

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

| Generations State of Oklahoma Retirees (HMO)                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$84 de copago por surtido de insulina</li> </ul>                                                                                                                                           |
| <b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b><br>(Suministro de 90 días)                                                | \$190 de copago por surtido                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados</b>                                                                 | No hay suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5<br>(Medicamentos Especializados)                                                                                                                                     |
| <b>Etapa 3:</b><br><b>Etapa de Cobertura Catastrófica</b><br>(Después de que hayas pagado \$2.400 de tu bolsillo)    | \$0 de copago por surtido                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Beneficios complementarios</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Smart Wallet Benefit*</b><br>(El beneficio OTC incluye terapia de reemplazo de nicotina)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 por trimestre para productos de venta libre</li> <li>• Las cantidades no utilizadas no se transfieren al siguiente trimestre</li> </ul>                                                |
| <b>Fitness</b><br>Puedes optar por pagar una tarifa por servicios opcionales, incluido el acceso a servicios premium | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Beneficio de comida<sup>1</sup></b>                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por comida</li> <li>• Limitado a 10 comidas tras una cirugía o alta hospitalaria o centro de enfermería especializada</li> <li>• Limitado a 4 veces (altas) al año</li> </ul> |

\*Una tarjeta de beneficios prepagada Mastercard®, a través de nuestra colaboración con NationsBenefits, brinda a los afiliados acceso a su asignación trimestral para artículos OTC (de venta libre) para compras elegibles.

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura*. La *Evidencia de Cobertura* se puede consultar en línea en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), o puede solicitar una copia a Atención al Cliente en el 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (1 de abril a 30 de septiembre).

Los beneficios pueden variar según el plan. Llámanos o consulta tu *Evidencia de Cobertura* disponible en nuestra página web, [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), para obtener información sobre beneficios, periodicidad, limitaciones y exclusiones.

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

Para la cobertura y los costos de Medicare Original, consulta tu manual actual "Medicare y Usted 2027". Puedes consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Puedes consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción, así como el *Directorio de Proveedores* y el *Directorio de Farmacias* en nuestra página web.

Para más información, por favor llámanos al 1-844-280-5555 (Número Gratuito) (TTY: 711) o visítanos en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com).

1 = Autorización previa requerida

2 = Requiere Referido

3 = Puede estar sujeto a la terapia por pasos de la Parte B

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

GlobalHealth se compromete y está obligada a proteger la privacidad y confidencialidad de la Información de Salud Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) de nuestros miembros, en cumplimiento con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica ("HITECH"). Este Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (el "Aviso") contiene información importante sobre su PHI. Nuestro Aviso actual está publicado en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com).

GlobalHealth está obligada por ley a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, a notificarle en caso de una violación de PHI no asegurada, y a cumplir con los términos de este Aviso que se encuentren vigentes. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier Aviso revisado aplicará a toda la PHI que mantenemos, incluida la PHI que hayamos creado o recibido antes del cambio, según lo permitido por 45 C.F.R. §164.530(i)(2)(ii). Si se realizan cambios materiales a este Aviso, GlobalHealth (a) publicará de manera prominente el Aviso revisado en nuestro sitio web antes de la fecha de vigencia del cambio, y (b) proporcionará el Aviso revisado, o información sobre el cambio material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestro próximo envío anual a las personas que estén cubiertas por el plan en ese momento, según lo requerido por 45 C.F.R. §164.520(c)(1)(v)(A).

## **Cómo GlobalHealth Puede Usar o Divulgar su Información de Salud**

**Para tratamiento.** Podemos usar y/o divulgar su PHI a un proveedor de atención médica, hospital u otra instalación de atención médica con el fin de organizar o facilitar su tratamiento.

**Para Pago.** Podemos usar y/o divulgar su PHI para pagar reclamaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por servicios brindados a usted que estén cubiertos por su plan de salud; para determinar su elegibilidad para beneficios; para coordinar beneficios; para revisar la necesidad médica; para obtener primas; para emitir explicaciones de beneficios a la persona suscrita al plan de salud en el que usted participa; y otras funciones relacionadas con pagos.

**Para Operaciones del Plan de Salud.** Podemos usar y/o divulgar su PHI para fines operativos del plan de salud. Algunos ejemplos incluyen: gestión de riesgos, seguridad del paciente, mejora de la calidad, auditoría interna, revisión de utilización, revisión médica o entre pares, certificación, cumplimiento normativo, capacitación interna, acreditación, licencias, credenciales, investigación de quejas, mejora de desempeño, etc. No usaremos ni divulgaremos su información genética para fines de suscripción.

**Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre productos, beneficios o servicios relacionados con su tratamiento, manejo del cuidado, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención.

**Donde la Ley lo Permita o Requiera.** Podemos usar y/o divulgar su información según lo permita o requiera la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información:

- A una agencia reguladora para actividades que incluyan, pero no se limiten a, licencias, certificaciones, acreditaciones, auditorías, investigaciones, inspecciones e informes de dispositivos médicos.
- A las autoridades policiales al recibir una orden judicial, citación, orden de arresto u otro proceso legal similar.
- En respuesta a una orden judicial válida, citación, solicitud de descubrimiento u orden administrativa relacionada con una demanda, disputa u otro proceso legal.
- A agencias de salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Para actividades de supervisión de salud realizadas por agencias como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), el Departamento de Salud del Estado, el Departamento de Seguros, etc.
- Para fines de seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o realizar operaciones de inteligencia.
- Para cumplir con leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral.
- Para la coordinación de beneficios de seguros o de Medicare, si corresponde.
- Cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente contra una persona o el público, y dicha divulgación se haga a alguien que pueda prevenir o reducir la amenaza (incluida la persona objetivo de la amenaza).
- En el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial, cuando la ley lo requiera.

**Socios de Negocios.** Podemos usar y/o divulgar su PHI a socios de negocios con los que contratamos para que nos proporcionen servicios. Ejemplos incluyen consultores, contadores, abogados, auditores, organizaciones de información de salud, proveedores de almacenamiento de datos y proveedores de registros médicos electrónicos. Solo realizaremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que el socio comercial protegerá adecuadamente su PHI.

**Representantes Personales/Autorizados.** Podemos usar y/o divulgar su PHI a su representante autorizado. Familia, Amigos, Cuidadores. Podemos divulgar su PHI a un familiar, cuidador o amigo que lo acompañe o esté involucrado en su atención médica o en el pago de su atención médica. Si usted no puede o no está disponible para dar su consentimiento u objeción, usaremos nuestro mejor criterio al comunicarnos con su familia y otros.

**Emergencias.** Podemos usar y/o divulgar su PHI si es necesario en una emergencia para su tratamiento de urgencia.

**Militares/Veteranos.** Si usted es miembro o veterano de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar.

**Reclusos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al oficial de la

ley según sea necesario para: (a) que la institución o el funcionario le brinden atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros internos; (c) para proteger la salud y seguridad del personal correccional o de otras personas responsables de su transporte o supervisión; (d) para la administración y el mantenimiento de la seguridad, la protección y el buen orden de la institución correccional. Estos usos y divulgaciones están permitidos por la Regla de Privacidad de HIPAA y otras leyes aplicables, incluidas las situaciones reguladas por 45 C.F.R. §164.512(k)(5) y, cuando corresponda, 42 CFR parte 2.

**Recordatorios de Citas.** Podemos usar y/o divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede hacerse por correo, correo electrónico o llamada telefónica. Otras formas de comunicación, incluidas, entre otras, los mensajes de texto, los correos electrónicos y las llamadas telefónicas, solo se utilizarán si usted nos ha otorgado su consentimiento escrito para recibir dichas comunicaciones. Si no se encuentra en casa, podemos dejar un mensaje en una contestadora o con la persona que responda el teléfono.

**Recordatorios de Medicamentos y Recargas.** Podemos usar y/o divulgar su PHI para recordarle que recargue sus recetas, para informarle sobre el equivalente genérico de un medicamento, o para animarlo a tomar sus medicamentos recetados. Otras formas de comunicación, incluidas, entre otras, los mensajes de texto, los correos electrónicos y las llamadas telefónicas, solo se utilizarán si usted nos ha otorgado su consentimiento escrito para recibir dichas comunicaciones.

**Conjunto de Datos Limitados.** Un “conjunto de datos limitado” es información de salud de la cual se han eliminado ciertos identificadores directos (como su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono, dirección de correo electrónico y otros datos que puedan identificarle directamente), según lo permitido por HIPAA. Un conjunto de datos limitado aún puede incluir información como fechas de servicio, ciudad, estado, código postal y otros identificadores no directos necesarios para fines de análisis u operaciones. Si usamos su PHI para crear un “conjunto de datos limitado”, podemos dar esa información a otros con fines de investigación, acciones de salud pública u operaciones de atención médica. Las personas/entidades que reciban el conjunto de datos limitado están obligadas a ejecutar un Acuerdo de Uso de Datos (Data Use Agreement) el cual le requiere tomar medidas razonables para proteger la privacidad de su información.

**Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias.** En la medida en que tengamos sus registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, sujetos a 42 CFR parte 2, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial o citación.

**Otros Usos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos o de trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante. Podemos divulgar su información médica a un forense o médico examinador.

**NOTA:** Solo divulgaremos su PHI para fines no descritos en este aviso con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (cuando corresponda), usos y divulgaciones de PHI para fines de marketing o recaudación de fondos, y divulgaciones que constituyan la venta de PHI requieren su autorización por

escrito. La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible que debe informarse según la ley estatal.

## **Sus Derechos sobre su Información de Salud**

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI según lo establece la ley. Este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia. Su solicitud debe hacerse por escrito. Tenemos derecho a cobrarle los montos permitidos por la ley estatal y federal por dichas copias. Podemos denegar su solicitud inspeccionar y copiar su expediente en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso, puede apelar ante nuestro Oficial de Privacidad.

**Derecho a Comunicación Confidencial.** Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su PHI por medios alternos o en ubicaciones alternos. Por ejemplo, puede solicitar recibir comunicaciones en una dirección o número de teléfono alternos. Su solicitud debe ser por escrito e indicar cómo o dónde desea ser contactado. Nos reservamos el derecho de rechazar su solicitud si es irrazonable o imposible de cumplir.

**Derecho a un Registro de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de su PHI a terceros, excepto aquellas hechas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica o del plan de salud, y divulgaciones hechas a usted, autorizadas por usted o conforme a este Aviso. Para recibir un registro, debe presentar su solicitud por escrito e indicar el período específico que solicita. Puede solicitar un registro de hasta seis (6) años antes de la fecha de su solicitud (tres años si se trata de PHI en un registro médico electrónico). Si solicita más de un (1) registro en un período de 12 meses, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo y podrá retirar su solicitud antes de que se incurra en dichos costos.

**Derecho a Solicitar Restricciones de Uso o Divulgación.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI a terceros, salvo que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Su solicitud debe hacerse por escrito y especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién se aplican los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, haremos esfuerzos razonables para cumplir con ella, salvo en casos de emergencias, divulgaciones ya realizadas o cuando la ley lo requiera. Cualquier acuerdo de restricciones debe estar firmado por una persona autorizada en nuestro nombre.

**Derecho a Solicitar Enmiendas de PHI.** Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su PHI si cree que el registro es incorrecto o está incompleto. Debe enviar su solicitud por escrito indicando la razón de la enmienda. Negaremos su solicitud si: (1) no está por escrito o no incluye una razón que la respalde; (2) la información no fue creada por nosotros o no forma parte del registro médico que mantenemos; (3) la información no forma parte de los registros que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o (4) la información en el registro es exacta y completa. Si negamos su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestro Oficial de Privacidad.

**Derecho a Ser Notificado de una Brecha.** Usted tiene derecho a recibir notificación de cualquier violación de su PHI no asegurada.

**Derecho a Revocar Autorización.** Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, pero solo en relación con usos o divulgaciones futuros, no sobre las divulgaciones que ya hemos realizado con base en la autorización otorgada.

**Derecho a Recibir una Copia de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso a solicitud.

### **Para Reportar una Violación de Privacidad**

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad o cree que se han violado sus derechos, puede presentar una queja de privacidad con GlobalHealth. Usted podrá contactar a nuestro Oficial de Privacidad en:

ATTN: Privacy Officer  
210 Park Avenue, Suite 2900  
Oklahoma City, OK 73102  
Planes Medicare Advantage: Teléfono Número Gratuito: 1-844-280-5555 (TTY: 711)  
(horario de servicio: Octubre 1- Marzo 31, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. tiempo local. Abril 1- Septiembre 30 Lunes – Viernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m. tiempo local.)

Email: [privacy@globalhealth.com](mailto:privacy@globalhealth.com)

Usted puede presentar una queja por escrito, ya sea por correo postal o por correo electrónico. No se le impondrán sanciones ni se tomará represalia alguna en su contra por presentar una queja de privacidad.

También tiene derecho a presentar una queja de privacidad ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services), Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), si considera que sus derechos de privacidad bajo HIPAA han sido violados. Puede presentar su queja electrónicamente mediante el Portal de Quejas de OCR en <https://ocrportal.hhs.gov>, o por correo o teléfono en la siguiente dirección:

Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019 | TDD: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

GlobalHealth no tomará represalias en su contra por presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario.

### **Aplicaciones de Terceros y la FTC**

Tenga en cuenta que la mayoría de las aplicaciones de terceros no están cubiertas por HIPAA. La mayoría de estas aplicaciones están bajo la jurisdicción de la Comisión Federal de Comercio (FTC) y las protecciones que proporciona la Ley de la FTC. La Ley de la FTC, entre otras cosas, protege contra actos engañosos (por ejemplo, si una aplicación comparte datos personales sin permiso, a pesar de tener una política de privacidad que dice lo contrario). Si tiene alguna preocupación sobre el uso de aplicaciones de terceros y su información, puede contactar a la Comisión Federal de

Comercio (FTC) y presentar una queja en <https://reportfraud.ftc.gov/#/>.

Fecha de Efectividad: 10/01/2023 Aviso Original: 04/01/2003 Revisado:

04/01/2011

04/01/2013

08/01/2021

10/01/2023

07/2025

02/2026

# Notificación de disponibilidad de materiales electrónicos

GlobalHealth proporciona materiales importantes para el plan que explican cómo utilizar los beneficios de tu plan de salud. Estos materiales estarán disponibles en línea en [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com), a más tardar el 15 de octubre de 2026. Si desea una copia impresa de cualquier material, por favor contacte con Atención al Cliente.

## **Evidencia de Cobertura**

La *Evidencia de Cobertura (EOC)* es esencialmente tu Manual del Miembro. Contiene información detallada sobre tus beneficios, costos compartidos y normas de cobertura para tu plan. Por ejemplo, si no tienes claro si un servicio requiere autorización previa o no, puedes encontrar esa información en el EOC de tu plan.

## **Directorio de proveedores**

En la mayoría de los casos, debes recibir atención de un proveedor dentro de la red.

## **Formulario de medicamentos\***

El *Formulario de Medicamentos* (Lista de Medicamentos Cubiertos) te proporciona información sobre los medicamentos con receta cubiertos por tu plan, incluyendo la ubicación por niveles y la disponibilidad de pedidos por correo. Además, si un medicamento con receta tiene autorización previa, límites de terapia escalonada o de cantidad, esta información se proporciona en el *Formulario de Medicamentos*.

## **Directorio de Farmacias\***

En la mayoría de los casos, tus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una farmacia de la red.

**Se pueden solicitar copias impresas de los materiales anteriores llamando:  
GlobalHealth Customer Care**

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

8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana (1 de Octubre - 31 de Marzo)

8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes (1 de Abril - 30 de Septiembre)

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

## **Tu derecho a no participar en llamadas de negocios con planes**

Ocasionalmente, el plan de salud puede llamar a los inscritos actuales, incluidos aquellos que tienen productos no relacionados con Medicare, para hablar sobre asuntos del plan (ejemplos de esto incluyen llamadas a inscritos que envejecen en Medicare desde productos comerciales ofrecidos por los inscritos existentes de la misma organización en el plan de Medicaid para hablar sobre sus productos Medicare, y llamadas a los inscritos actuales en Medicare Advantage para promover otros tipos de planes de Medicare o para hablar sobre beneficios del plan). Si no desea recibir estas llamadas, puede optar por no llamarnos al número que aparece en el reverso de su tarjeta de socio.

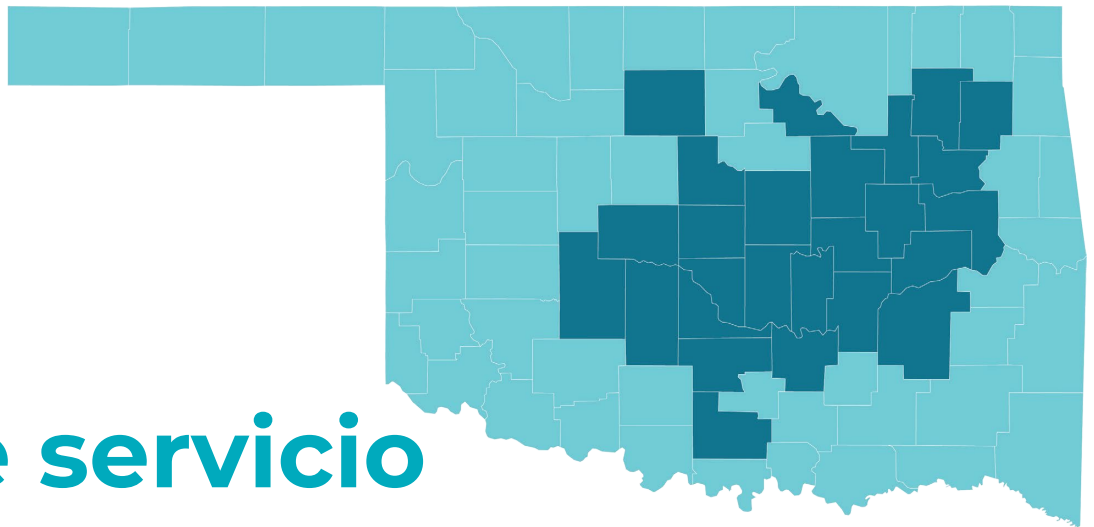
\*Solo aplicable a planes con cobertura de medicamentos con receta. GlobalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios Número Gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-280-5555 (TTY: 711). CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-280-5555 (TTY: 711).

H3706\_0004300726\_C



# 2027

## Área de servicio



Caddo  
Canadian  
Carter  
Cleveland  
Creek  
Garfield  
Garvin  
Grady  
Hughes

Lincoln  
Logan  
Mayes  
McClain  
McIntosh  
Muskogee  
Okfuskee  
Oklahoma  
Okmulgee

Pawnee  
Pittsburg  
Pontotoc  
Pottawatomie  
Rogers  
Seminole  
Tulsa  
Wagoner



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

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (1 de Octubre al 31 de Marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de Lunes a Viernes (1 de Abril a 30 de Septiembre) [www.globalhealth.com](http://www.globalhealth.com)