



**GlobalHealth**  
Planes de Medicare Advantage



2022

# DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

Oklahoma

## Opciones de Planes Generations Medicare Advantage:

- H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)
- H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
- H3706-001 Generations Classic (HMO)
- H3706-009 Generations Value (HMO)
- H3706-018 Generations Select (HMO)
- H3706-021 Generations Classic Choice (HMO-POS)
- H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)
- H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)

**Llame ahora para hablar con  
un agente autorizado**

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



# Índice

<b>¿Por qué elegir GlobalHealth?</b> .....	03
Planes de Medicare Advantage.....	04
¿Qué sabe sobre Medicare? .....	05
Cobertura de medicamentos recetados.....	08
Formulario de 5 niveles .....	09
¿Necesita ayuda adicional? Puede calificar.....	10
Planes para necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP).....	11
Cómo solicitar suministros para diabéticos C-SNP diabetes.....	12
¿Por qué elegir GlobalHealth? .....	13
Planes GlobalHealth Generations Medicare Advantage .....	14
Revisión de beneficios.....	15
¿Qué significa el máximo de gastos de bolsillo?.....	29
Cómo utilizar sus beneficios complementarios de generaciones de GlobalHealth.....	30
<b>Inscribirse en un plan Generations Medicare Advantage de GlobalHealth.....</b>	<b>32</b>
<b>Después de la inscripción, ¿qué sucede después? .....</b>	<b>34</b>
Números de teléfono importantes.....	35

# ¿Por qué elegir GlobalHealth?



## Acerca de GlobalHealth

- Salud local basada en Oklahoma Organización para el Mantenimiento (HMO)
- Disponible en 27 condados para 2022
- Planes de Medicare Advantage
- Atención al cliente local, caso de Equipos de administración y farmacia
- Miles de proveedores de calidad, Y muchos hospitales importantes

## ¿Qué hace que GlobalHealth sea único?



### Somos de Alta tecnología.

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



### Somos Asequibles.

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



### Somos su Socio de Salud.

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

# Planes de Medicare Advantage



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

Un plan Medicare Advantage es una alternativa todo en uno a Original Medicare para mejorar su cobertura médica. Medicare Parte C, como un plan de GlobalHealth, combina los medicamentos recetados de la Parte A y de la Parte B y, a menudo, de la Parte D. Medicare Parte C generalmente ofrece más beneficios para servicios dentales, de visión, de audición y de bajo a sin copagos para visitas al médico. Debe tener Medicare Partes A y B para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.



### PARTE A

Seguro hospitalario



### PARTE B

Seguro médico



### PARTE C

Medicare Advantage  
incluye la Parte A,  
la Parte B, y. A veces  
cobertura de la Parte D.



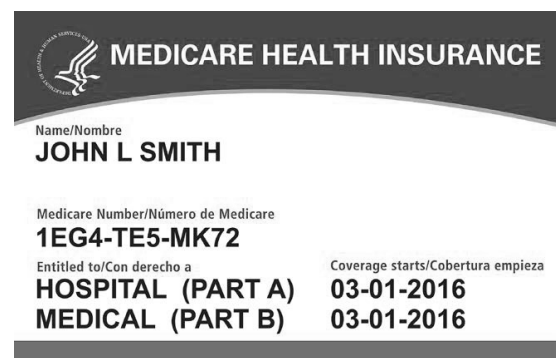
### PARTE D

Receta  
de Medicare

# ¿Qué sabe sobre Medicare?

## ¿Es usted elegible para planes de generaciones Medicare Advantage?

- Debe ser un residente permanente de nuestra área de servicios
- Debe tener Medicare Parte A y Parte B.



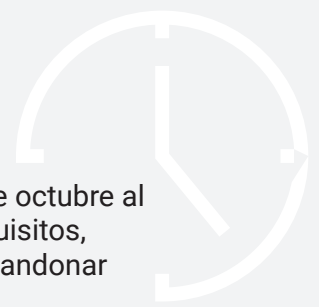
## Fechas de inscripción de Medicare Advantage (MA)

**Previo a la inscripción** del 1 de octubre al 14 de octubre Compare los planes para estar listo para inscribirse a partir del 15 de octubre.

**Inscripción Abierta** del 1 de enero al 31 de marzo Los inscritos en el plan MA pueden inscribirse en otro plan MA o cancelar su inscripción en el plan MA y volver a original Medicare.

**Inscripción anual** del 15 de octubre al 7 de diciembre Si reúne los requisitos, puede inscribirse, cambiar o abandonar un plan MA.

Del 1 de abril al 14 de octubre No se aceptan cambios en el plan a menos que califique para un periodo de inscripción especial.



# ¿Qué sabe sobre Medicare?

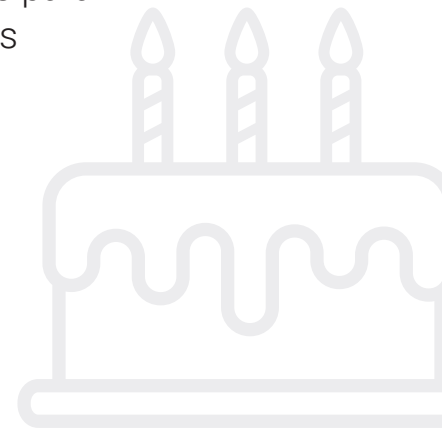
## Periodo de inscripción especial (SEP)

Algunos eventos que califican pueden permitir que se hagan cambios en el plan durante el año.

### ¿Puede responder que sí a al menos una de estas preguntas?

- ¿Tiene Medicare y Medicaid?
- ¿Se ha mudado recientemente?
- ¿Está dejando su cobertura de empleador o sindicato?
- ¿Califica para recibir Ayuda adicional para pagarsus recetas?
- ¿Califica para un plan de necesidades especiales para la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica o las enfermedades cardiovasculares?
- ¿Pronto cumplirá 65 años o cumplió 65 años en los últimos 3 meses?

***Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante un período de 7 meses alrededor de su cumpleaños número 65:***



# ¿Qué sabe sobre Medicare?

## Términos clave

- **Coseguro:** Una suma que debe pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

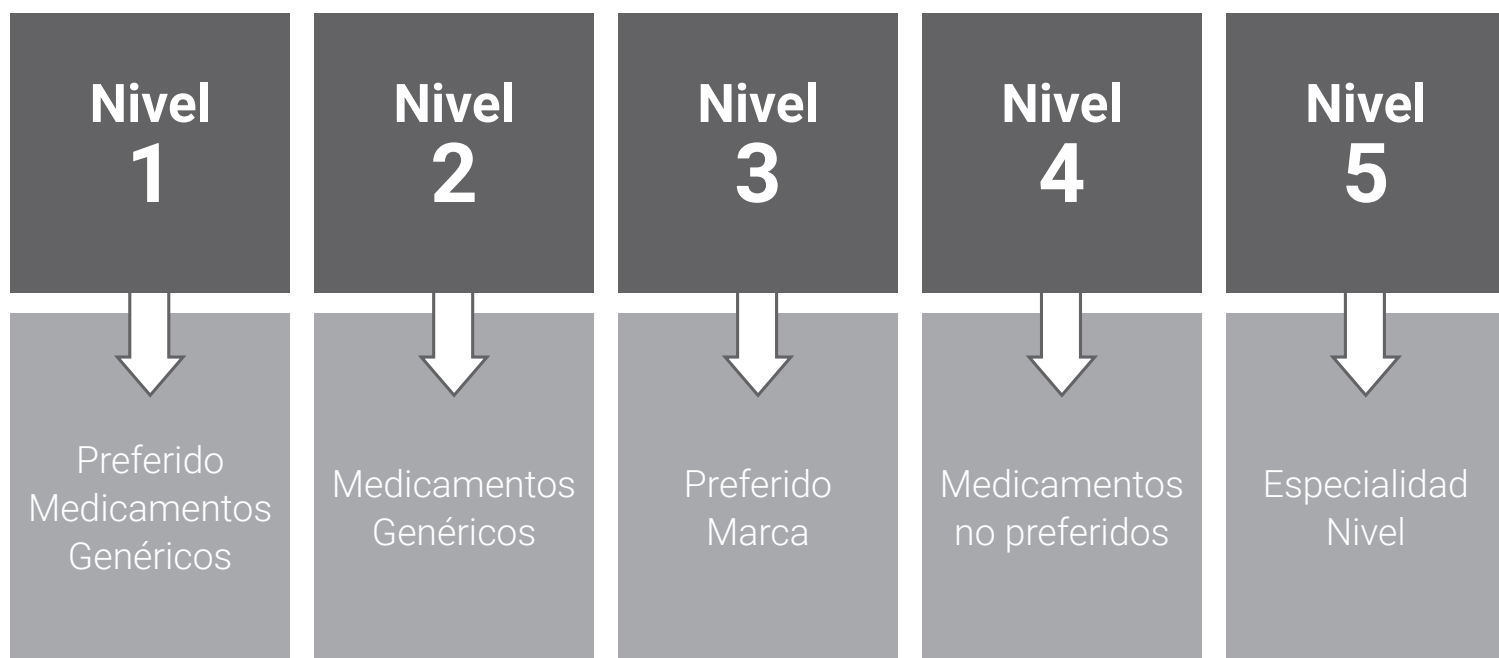




# Formulario de 5 niveles



Notará en el formulario de medicamentos recetados que los medicamentos se dividen en un sistema de niveles. En pocas palabras, cuanto más costoso es el medicamento, más alto es el nivel. Cada nivel tendrá un costo de bolsillo definido que el miembro debe pagar antes de recibir el medicamento recetado. El sistema de nivel es el siguiente:



- Nivel 1:** Medicamentos genéricos preferidos recetados comúnmente
- Nivel 2:** Medicamentos genéricos que pueden tener un copago bajo
- Nivel 3:** Medicamentos de marca preferidos que no tienen un genérico igual y menor costo para medicamentos de marca
- Nivel 4:** Medicamentos no preferidos incluyen medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- Nivel 5:** Los medicamentos especializados son los más costosos en el sistema de nivel y se utilizan para tratar afecciones complejas, como el cáncer

# ¿Necesita ayuda adicional? ¡Usted puede calificar!



Usted puede obtener Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados.

## Para ver si califica, comuníquese con:

- GlobalHealth: 1-855-766-7881 (TTY: 711)\*
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048)
- Oficina del seguro Social: 1-800-772-1213, 7:00 AM to 7:00 PM (TTY: 1-800-325-0778)
- Medicaid del estado (línea de ayuda de SoonerCare): 1-800-987-7767

## Las tablas de subsidio para las primas de 2022 para aquellos que reúnen los requisitos para recibir Ayuda adicional

las primas enumeradas en la tabla a continuación incluyen cobertura para la cobertura médica y para medicamentos recetados (si corresponde).

Su cobertura de prima mensual**							
Su nivel de Ayuda adicional	H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice (HMO-POS)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)
100 %	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
75 %	\$0	\$2.50	\$7.20	\$0	\$0	\$0	\$0
50 %	\$0	\$5.00	\$14.50	\$0	\$0	\$0	\$0
25 %	\$0	\$7.50	\$21.70	\$0	\$0	\$0	\$0

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

\*\*No incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que posiblemente deba pagar.

# Planes para necesidades especiales crónicas (C-SNP)

**Disponible en estos condados:  
Oklahoma, Tulsa, Rogers y Cleveland**



## ¿Qué es un plan C-SNP?

Los C-SNP son tipos de planes Medicare Advantage diseñados para beneficiarios de Medicare con afecciones crónicas como enfermedades cardíacas. Los planes pueden ofrecer planes C-SNP solo por una afección o por un grupo de afecciones.

## ¿Qué condiciones califican?

Los centros de Medicare y Medicaid definen qué afección o condiciones puede cubrir un plan Medicare Advantage a través de un plan C-SNP. Para 2022, GlobalHealth ofrece nuevos planes C-SNP en condados seleccionados. Estos planes C-SNP cubrirán:

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

## ¿Cómo ayudan los C-SNP?

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

## ¿Quién es elegible?

Los planes C-SNP de generaciones de GlobalHealth están disponibles en los siguientes condados:

- **Cleveland**
- **Oklahoma**
- **Rogers**
- **Tulsa**

# Características y beneficios de GlobalHealth C-SNP



- ✓ Suministros estándar para pruebas de diabetes **CUBIERTOS SIN COSTO**

- ✓ **PAR GRATUITO** de zapatos terapéuticos moldeados a la vista\*



- ✓ **COPAGO DE \$35** por insulinas seleccionadas a través del modelo de ahorro para adultos mayores de la Parte D.

- ✓ **COBERTURA ADICIONAL PARA LOS ANTIDIABÉTICOS ORALES DE NIVEL 3** a través de la etapa de brecha en la cobertura



\*Puede que se requiera autorización previa. Para obtener una lista completa de los beneficios y las limitaciones, consulte la evidencia de cobertura del plan.

# ¿Por qué elegir GlobalHealth?

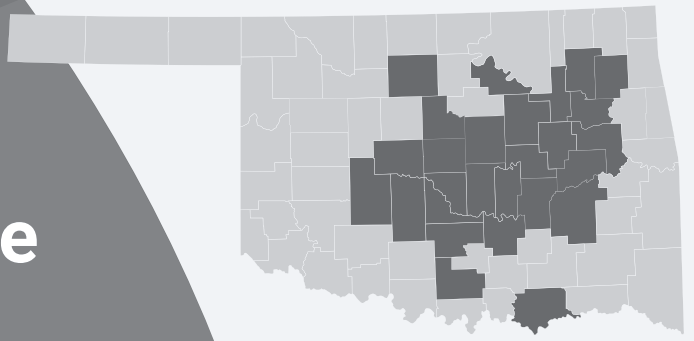


En GlobalHealth, nada es más importante que prestarle atención personal y ser parte de su comunidad. Lo ayudaremos a ahorrar dinero y le ofreceremos grandes beneficios, como los siguientes:

- **\$0 por visitas al médico de atención primaria**
- **Copagos hospitalarios bajos**
- **Beneficios dentales, de la visión y de la audición**
- **ahorros en medicamentos recetados**

Lo que es más importante, nos aseguraremos de que esté inscrito en el plan Medicare Advantage de las generaciones correctas que mejor se adapte a sus necesidades de salud y presupuesto. Tendrá acceso continuo a defensores incansables de la salud que van más allá para apoyar su salud, incluso entre consultas médicas. Nuestro enfoque personal para la atención de los miembros le da la confianza de que estaremos a su lado mientras siempre trabajamos para lograr su mejor salud.

# GlobalHealth Planes Generations Medicare Advantage



Condado	H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Bryan	✓	✓	✓					
Caddo	✓	✓	✓					
Canadian	✓	✓	✓					
Carter	✓	✓	✓					
Cleveland	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Creek	✓	✓	✓	✓	✓			
Garfield	✓	✓	✓					
Garvin	✓	✓	✓					
Grady	✓	✓	✓					
Hughes	✓	✓	✓					
Lincoln	✓	✓	✓	✓		✓		
Logan	✓	✓	✓					
Mayer	✓	✓	✓					
McClain	✓	✓	✓					
McIntosh	✓	✓	✓					
Muskogee	✓	✓	✓					
Okfuskee	✓	✓	✓					
Oklahoma	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Okmulgee	✓	✓	✓					
Pawnee	✓	✓	✓					
Pittsburg	✓	✓	✓					
Pontotoc	✓	✓	✓					
Pottawatomie	✓	✓	✓	✓		✓		
Rogers	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Seminole	✓	✓	✓					
Tulsa	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Wagoner	✓	✓	✓					



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



# Opciones de Beneficios de los Planes Generations Medicare Advantage

	H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Prima Mensual del Plan (Debe seguir pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0	\$29	\$10	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$25 por mes
Máximo de Gastos de Bolsillo (MOOP) Anual (No incluye beneficios complementarios ni medicamentos recetados)	\$3,900	\$3,000	\$3,900	\$3,900	\$10,000 (Combinado dentro y fuera de la red)	\$3,900	\$3,900	\$3,450	\$3,900
Beneficios Saludables: Tarjeta para comprar alimentos canjeable en Walmart®	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto	El plan paga \$25 al mes	El plan paga \$25 al mes
<b>ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN</b>									
Cobertura de Internación en el Hospital	\$395 de copago por día (entre el día 1 y el día 5); \$0 de copago por día (entre el día 6 y el día 190)	\$400 de copago por día (entre el día 1 y el día 5); \$0 de copago por día (entre el día 6 y el día 190)	\$325 de copago por día (entre el día 1 y el día 5); \$0 de copago por día (entre el día 6 y el día 190)	\$395 de copago por día (entre el día 1 y el día 5); \$0 de copago por día (entre el día 6 y el día 190)	Usted paga el 30% del costo por consulta	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$225 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 190)

	H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)	
Atención médica mental para pacientes internados	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 6); \$0 de copago por día (entre el día 7 y el día 90)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 6); \$0 de copago por día (entre el día 7 y el día 90)	\$250 de copago por día (entre el día 1 y el día 6); \$0 de copago por día (entre el día 7 y el día 90)	\$275 de copago por día (entre el día 1 y el día 6); \$0 de copago por día (entre el día 7 y el día 90)	Usted paga el 30 % del costo por consulta	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$225 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	\$265 de copago por día (entre el día 1 y el día 7); \$0 de copago por día (entre el día 8 y el día 90)	
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	Usted paga el 30 % del costo por consulta	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	\$0 de copago por día (entre el día 1 y el día 20); \$184 de copago por día (entre el día 21 y el día 100)	
<b>ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA</b>										
Consultas al doctor	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$45 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$40 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$35 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$45 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las consultas al PCP no están cubiertas</li> <li>Usted paga el 30 % del costo por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$35 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$40 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$20 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$20 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 de copago por consulta al PCP</li> <li>\$35 de copago por consulta a especialistas</li> </ul>
Servicios Quiroprácticos	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	No está cubierto	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	
Servicios de Podología	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	Usted paga el 30% del costo por consulta	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	
Consulta de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	No está cubierto	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta	
Centro de Cirugía Ambulatoria	\$250 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$250 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$250 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$250 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	No está cubierto	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$175 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	
Servicios de Observación Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios	\$300 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$300 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$150 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$300 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	Usted paga el 30 % del costo por consulta	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	

	<b>H3706-001</b> Generations Classic (HMO)	<b>H3706-009</b> Generations Value (HMO)	<b>H3706-018</b> Generations Select (HMO)	<b>H3706-021</b> Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	<b>H3706-021</b> Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	<b>H3706-022</b> Generations Classic Plus (HMO)	<b>H3706-023</b> Generations Classic Plus (HMO)	<b>H3706-024</b> Generations Special Care (HMO C-SNP)	<b>H3706-025</b> Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Hospital para pacientes ambulatorios Cirugía	\$320 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$320 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$320 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$320 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	No está cubierto	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$225 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$275 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos
Atención Médica de Emergencia	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$120 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$85 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta; no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$120 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos	\$90 de copago por consulta, no se aplica si lo ingresan en cuidados intensivos
Atención Médica de Emergencia a Nivel Mundial (No se acumula en el MOOP)	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$85 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica urgente
Servicios Requeridos Urgentemente	\$30 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Atención Médica Urgente a Nivel Mundial (No se acumula en el MOOP)	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$85 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$120 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia	• \$90 de copago por consulta • Se limita a un beneficio de \$50,000 junto con atención médica de emergencia
Análisis de Laboratorio, Radiografías, etc. para Pacientes Ambulatorios	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	• \$5 de copago por análisis de laboratorio • \$0 de copago por radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	No está cubierto	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo	\$0 de copago por análisis de laboratorio, radiografías, ultrasonidos, electrocardiogramas y diagnósticos similares a bajo costo
Radiología Terapéutica para Pacientes Ambulatorios	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	No está cubierto	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta

	<b>H3706-001 Generations Classic (HMO)</b>	<b>H3706-009 Generations Value (HMO)</b>	<b>H3706-018 Generations Select (HMO)</b>	<b>H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)</b>	<b>H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)</b>	<b>H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)</b>	<b>H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)</b>	<b>H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)</b>	<b>H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)</b>
<b>Radiología de Diagnóstico (resonancia magnética [RM], etc.) para Pacientes Ambulatorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	No está cubierto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$225 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$175 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$225 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente</li> <li>• \$275 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</li> </ul>
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla)</b>	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	No está cubierto	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta
<b>Acupuntura</b>	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	No está cubierto	\$35 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$35 de copago por consulta
<b>Ambulancia (Viaje de ida o de regreso, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$240 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$240 por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$240 por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>
<b>Servicios médicos a domicilio</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>									
<b>Servicios médicos preventivos</b>	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	No está cubierto	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B</b>									
<b>Medicamentos de Medicare Parte B (Incluye quimioterapia)</b>	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	No está cubierto	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo

H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
<b>SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>								
Equipo médico duradero (por ejemplo, monitores continuos de glucosa [continuuous glucose monitors, CGM], sillas de ruedas, oxígeno)	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	No está cubierto	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo
Suministros Estándar para Pruebas de la Diabetes	\$0	\$0	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0
Prótesis y Suministros Relacionados (por ejemplo, dispositivos ortopédicos, prótesis ortopédicas)	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	No está cubierto	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos	• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos • Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos
<b>BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS</b>								
Servicios de audición	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	Usted paga el 30 % del costo por servicios cubiertos por Medicare	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año	• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año • \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año • Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año

H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>	<p>Nuestro plan paga un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas</p>	<p>Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas</p>	<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>	<p>Usted paga el 30 % del costo por servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>	<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>	<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>	<p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas del costo por algunos servicios integrales</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$300 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>	<p>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</p> <p>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios complementarios por año</p>
<p><b>Servicios para la Vista</b></p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 24 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>	<p>• \$0 por viaje de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso</p> <p>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</p>
<p><b>Transporte (Hacia lugares aprobados por el plan y desde ellos)</b></p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>• \$35 de copago por consulta</p> <p>• Se limita a 6 consultas por año</p>
<p><b>Atención de rutina de los pies</b></p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>• \$20 de copago por consulta</p> <p>• Se limita a 6 consultas por año</p>

	H3706-001 Generations Classic (HMO)	H3706-009 Generations Value (HMO)	H3706-018 Generations Select (HMO)	H3706-021 Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	H3706-021 Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	H3706-022 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-023 Generations Classic Plus (HMO)	H3706-024 Generations Special Care (HMO C-SNP)	H3706-025 Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Beneficio de Venta Libre (Incluye terapia de reemplazo de nicotina)	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$50 por trimestre	No está cubierto	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$50 por trimestre	El plan paga \$25 al mes	El plan paga \$25 al mes
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0
Entrega de Comidas Posterior al Alta Médica	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Se limita a 4 veces por año	No está cubierto	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 10 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 14 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año	• \$0 por comida • Limitado a 14 comidas después del alta • Limitado a 4 veces por año
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE D</b>									
Deducible	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0
Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$4,430		\$4,430	\$4,430		\$4,430	\$4,430	\$4,430	\$4,430
Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos (Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida)	\$5 de copago por surtido	No está cubierto	\$3 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	No está cubierto	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido	\$0 de copago por surtido
Nivel 2: Medicamentos Genéricos (Suministro para 30 días en Farmacia Minorista Preferida)	\$15 de copago por surtido		\$13 de copago por surtido	\$15 de copago por surtido		\$15 de copago por surtido	\$15 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido

	<b>H3706-001</b> Generations Classic (HMO)	<b>H3706-009</b> Generations Value (HMO)	<b>H3706-018</b> Generations Select (HMO)	<b>H3706-021</b> Generations Classic Choice In-Network (HMO-POS)	<b>H3706-021</b> Generations Classic Choice Out-Of-Network (HMO-POS)	<b>H3706-022</b> Generations Classic Plus (HMO)	<b>H3706-023</b> Generations Classic Plus (HMO)	<b>H3706-024</b> Generations Special Care (HMO C-SNP)	<b>H3706-025</b> Generations Special Care Savings (HMO C-SNP)
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos (suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	\$42 de copago por surtido	No está cubierto	\$40 de copago por surtido	\$42 de copago por surtido	No está cubierto	\$42 de copago por surtido	\$42 de copago por surtido	• \$42 de copago por su ruido • \$35 de copago por surtido de insulinas seleccionadas	• \$42 de copago por su ruido • \$35 de copago por surtido de insulinas seleccionadas
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	Usted paga el 40 % del costo por surtido	No está cubierto	Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	No está cubierto	Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	\$90 de copago por surtido	\$90 de copago por surtido
Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados (suministro para 30 días en farmacia minorista preferida)	Usted paga el 33 % del costo por surtido	No está cubierto	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido	No está cubierto	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido	Usted paga el 33 % del costo por surtido
Nivel 1 y Nivel 2: Farmacia Minorista Preferida y Pedido por Correo (Suministro para 100 días)	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	No está cubierto	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Farmacia Minorista Preferida y Pedido por Correo (Suministro para 100 días)	\$84 de copago por surtido	No está cubierto	\$80 de copago por surtido	\$84 de copago por surtido	No está cubierto	\$84 de copago por surtido	\$84 de copago por surtido	• \$84 de copago por su ruido • \$84 de copago por surtido de insulinas seleccionadas	• \$84 de copago por su ruido • \$84 de copago por surtido de insulinas seleccionadas





# ¿Qué significa el gasto máximo de bolsillo (MOOP)?



El gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) es el límite de lo que usted paga cuando comparte el costo de su atención a través de deducibles, coseguro y copagos. Lo que usted paga por el deducible, coseguro y copagos de su plan se aplica a su MOOP. Una vez que alcanza el MOOP, el plan paga el 100 % de los siguientes servicios.

## **Nuestras Opciones de Planes Generations Medicare Advantage lo protegen con un BAJO gasto máximo de bolsillo.**

### **Servicios para paciente hospitalizado**

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

### **Servicios para paciente ambulatorio**

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

### **Servicios y Suministros Médicos para Pacientes Ambulatorios**

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

# Sus beneficios complementarios de GlobalHealth



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



**Visión:** Son socios de GlobalHealth con EyeMed para proporcionar servicios de la visión. Para ver un listado completo de proveedores de EyeMed, visite [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). Para obtener más información, llámenos al 1-800-884-6321 (TTY: 711) o comuníquese con Atención al cliente.



**Dental:** GlobalHealth se asocia con Careington para proporcionar servicios dentales. Para ver un listado completo de proveedores de Careington, visite [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). Para obtener más información, llámenos al 1-866-636-9188 (TTY: 711) o comuníquese con Atención al cliente.



**Audición:** GlobalHealth se asocia con NationsHearing para proporcionar servicios de audición. Para ver un listado completo de proveedores de NationsHearing, visite [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). También puede llamar a NationsHearing al 1-877-241-4736 (TTY: 711) o Atención al Cliente para todas las preguntas sobre beneficios auditivos.



**Salud del comportamiento:** GlobalHealth se asocia con Beacon Health Solutions para proporcionar beneficios de salud del comportamiento. Para ver un listado completo de Beacon Health Solutions, visite [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com). También puede comunicarse con Beacon Health Solutions al 1-888-434-9202 (TTY: 711) o Atención al Cliente si tiene preguntas sobre su beneficio de salud conductual.

Si tiene preguntas antes del 1.º de enero de 2022, comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth.

# Sus beneficios complementarios de GlobalHealth



**Transporte** : Los socios de GlobalHealth deben realizar viajes de ida y vuelta para proporcionar servicios de transporte. Para programar un traslado a su médico u otro lugar aprobado por el plan, llame al 1-877-565-1612. se requiere un aviso con 72 horas de anticipación.



**Físico** : Se asocia con Silver&Fit a GlobalHealth para brindar beneficios de acondicionamiento físico. Para obtener una lista completa de los centros participantes de la red e información sobre cómo utilizar todos los beneficios, visite [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com) o comuníquese con Atención al cliente.



**Suministros médicos de venta libre** : GlobalHealth se asocia con OTC Health Solutions para proporcionar suministros relacionados con la salud de venta libre. Puede ver todos los artículos disponibles en el catálogo OTC. Puede encargar suministros llamando al 1-888-628-2770 (TTY: 1-877-672-2688) o en línea en [cvs.com/otchs/globalhealth](http://cvs.com/otchs/globalhealth).



**Entrega de comidas** : Socios de GlobalHealth con sistemas de vida independientes para ayudarlo a proporcionarle las comidas después de que le den el alta de un hospital para pacientes internados o de una admisión en un centro de enfermería especializada. Un administrador de casos de GlobalHealth coordinará su entrega de comidas.



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

Si tiene preguntas antes del 1.o de enero de 2022, comuníquese con Atención al cliente de GlobalHealth.

# Inscribirse en un plan de Generations Medicare Advantage de GlobalHealth



Existen cinco maneras fáciles de presentar su inscripción:

1



**Llámenos:**

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

---

2



**Agente de ventas local:**

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

---

3



**SOLO PARA USO DEL AGENTE:**

**Inscripción en línea del agente:**

Tiene la opción de inscribir a un miembro en nuestro sitio web:  
<https://globalhealth2.destinationrx.com/PC/2022>

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

# Inscribirse en un plan de Generations Medicare Advantage de GlobalHealth

4



## Inscríbese en línea:

Visite <https://globalhealth1.destinationrx.com/PC/2022> para inscribirse.

Los beneficiarios de Medicare también pueden inscribirse en GlobalHealth Generations Plan Medicare Advantage a través del Centro de inscripción en línea de los CMS Ubicado en: [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

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

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

5



## Correo:

Siga estos sencillos pasos para inscribirse en un plan Generations de Medicare Advantage de GlobalHealth:

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






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

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

# Después de la inscripción ¿Qué sucede después?



¡Bienvenido a la familia GlobalHealth! Después de inscribirse en su Plan Generatios de Medicare Advantage, utilice la siguiente lista de verificación para saber qué esperar después.

PASO	¿CÓMO LO RECIBE?	¿POR QUÉ LO RECIBE?
1 Inscríbase Carta de verificación	 Correo	Para asegurarnos de que recibimos su formulario de inscripción completo. (Tenga en cuenta: Medicare aún debe aprobar su inscripción).
2 Notificación para confirmar su inscripción	 Correo	Para confirmar que su inscripción fue aprobada por Medicare.
3 Paquete de Bienvenida	 Correo	Proporcionarle un paquete de bienvenida que contenga información del plan, incluida información sobre dónde encontrar su evidencia de cobertura.
4 Tarjeta de identificación del miembro	 Correo	Para proporcionarle una tarjeta de identificación de miembro. Debe mostrar esta tarjeta cada vez que visite al médico, al hospital o a la farmacia (si corresponde).
5 Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)	 Correo	Esta información le permitirá a GlobalHealth coordinar con sus proveedores de atención médica de la mejor manera posible para satisfacer sus necesidades de atención médica preventiva.

¿TIENE PREGUNTAS? Puede llamar a nuestro amable equipo de Atención al Cliente para obtener respuestas a sus preguntas al 1-844-280-5555 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

# Números de teléfono importantes



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

## NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES:

### Atención al Cliente:

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

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

**Línea de Consejos de Enfermería  
disponible las 24 horas**

**1-800-554-9371**

## ¿POR QUÉ LLAMAR?

### Hable con un defensor de miembros:

- Si ha perdido documentos importantes del plan, como su tarjeta de identificación de miembro o su Resumen de beneficios.
- Si necesita obtener autorización para un servicio o procedimiento.
- Si necesita saber si un procedimiento o servicio específico está cubierto.
- Si tiene preguntas sobre beneficios o cobertura.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red o farmacia.
- Si necesita verificar si una receta está activada el formulario de medicamentos.

### Fraude, derroche y abuso:

**1-877-280-5852**

**Todas las comunicaciones son  
confidenciales y anónimas.**

### Informe cualquier fraude en la atención médica, como por ejemplo:

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



# ¿Todavía tiene preguntas?



## Obtenga respuestas fáciles de entender a sus preguntas sobre Medicare.

*Compare los planes de Generations de Medicare Advantage de GlobalHealth con su plan actual.*



Hable con un agente autorizado 1-855-766-7881 | TTY: 711

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

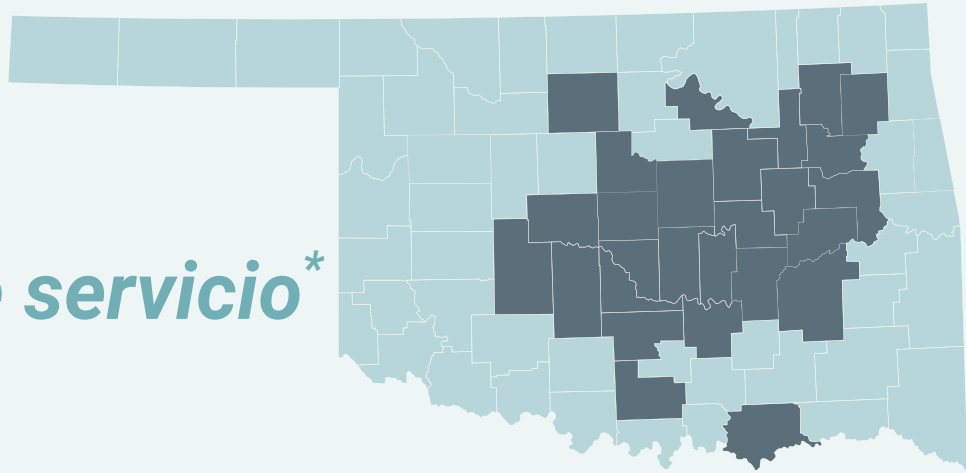


Visite [www.GlobalHealthMedicare.com](http://www.GlobalHealthMedicare.com) para encontrar información del plan y recursos útiles.





# 2022 Área de servicio\*



---

Bryan	Garfield	Mayes	Okmulgee	Seminole
Caddo	Garvin	McClain	Pawnee	Tulsa
Canadian	Grady	McIntosh	Pittsburg	Wagoner
Carter	Hughes	Muskogee	Pontotoc	
Cleveland	Lincoln	Okfuskee	Pottawatomie	
Creek	Logan	Oklahoma	Rogers	

---



## GlobalHealth

Planes de Medicare Advantage

Si tiene preguntas o quiere inscribirse:

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

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

\*Los planes no están disponibles en todos los condados.

GlobalHealth es un plan HMO/HMO C-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

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

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

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

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

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

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

Comuníquese con el plan para obtener más información.