



**GlobalHealth**  
Planes de Medicare Advantage

# RESUMEN DE BENEFICIOS

# 2022

Entre el 1 de enero y el  
31 de diciembre del 2022

**Oklahoma**



## Opciones de Planes Generations Medicare Advantage:

H3706-001 Generations Classic (HMO)

H3706-009 Generations Value (HMO)

H3706-018 Generations Select (HMO)

H3706-021 Generations Classic Choice (HMO-POS)

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

8:00 a. m. a 8:00 p. m.

7 días a la semana (1 de octubre a 31 de marzo)

De lunes a viernes (entre el 1 de abril y el 30 de septiembre)

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

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

Esta información de beneficios no menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener la lista completa de los servicios que cubrimos, vea la "Evidencia de Cobertura". La Evidencia de Cobertura está disponible en línea en [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com), o bien puede solicitar una copia a Servicio al Cliente al 1-844-280-5555 (TTY: 711).

Para unirse a **GlobalHealth**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Oklahoma:

# Área de Servicio 2022

Cleveland  
Creek  
Lincoln  
Oklahoma  
Pottawatomie  
Rogers  
Tulsa



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



Salvo en situaciones de emergencia, si acude a proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios. Para obtener información de Generations Classic Choice (HMO-POS), revise en la Evidencia de Cobertura las opciones de cobertura de proveedores fuera de la red.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **"Medicare y usted"** actual. Consulte el manual en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Para obtener más información, llámenos al 1-844-280-5555 (TTY: 711) o visítenos en [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com).

2022



# **Resumen de Beneficios de los Planes GlobalHealth Generations de Medicare Advantage**

# Resumen de Beneficios de los Planes Generations de Medicare Advantage

01/01/2022 – 12/31/2022

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

	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)
Prima Mensual del Plan (Debe seguir pagando su prima de la Parte B)	\$0	\$0	\$29	\$10	\$10
Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
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)
ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN					
Cobertura de Hospitalización <sup>1,2</sup>	\$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



	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)
Atención de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados <sup>1,2</sup>	\$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
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <sup>1,2</sup>	\$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
<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<sup>1,2</sup></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<sup>1,2</sup></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<sup>1,2</sup></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<sup>1,2</sup></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<sup>1,2</sup></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.
Servicios de Podología <sup>1,2</sup>	\$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
Consulta de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	No está cubierto.

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

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)
Centro de Cirugía Ambulatoria <sup>1,2</sup>	\$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.
Servicios de Observación Hospitalaria para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$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
Cirugía para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$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.
Atención Médica de Emergencia	\$90 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
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	• \$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
Servicios requeridos urgentemente	\$30 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Atención Médica de Urgencia 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	• \$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

	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)
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.
Radiología Terapéutica para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	No está cubierto.
Radiología de Diagnóstico (resonancia magnética [RM], etc.) para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup>	• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente • \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente • \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente • \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	• \$180 de copago por consulta a un PCP, especialista, atención médica urgente o centro de radiología independiente • \$250 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	No está cubierto.
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios <sup>1,2</sup> (Fisioterapia, terapia ocupacional o del habla)	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	No está cubierto.
Acupuntura <sup>1,2</sup>	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	No está cubierto.

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

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)
Ambulancia (Viaje de ida o de regreso, no se aplica si lo ingresan a cuidados intensivos)	<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 de copago por ocurrencia por vía terrestre</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por ocurrencia por vía aérea</li> </ul>
Servicios de Atención Médica a Domicilio <sup>1,2</sup>	\$0	\$0	\$0	No está cubierto.
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>				
Servicios médicos preventivos	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	\$0 por servicios preventivos cubiertos por Medicare	No está cubierto.
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE B</b>				
Medicamentos de Medicare Parte B (Incluye quimioterapia) <sup>1,2,3</sup>	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	Usted paga el 20 % del costo	No está cubierto.
<b>SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>				
Equipo Médico Duradero <sup>1</sup> (por ejemplo, monitores continuos de glucosa [continuous 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.

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

3 = Puede estar sujeto a terapia escalonada de la Parte B



	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)
Suministros Estándar para Pruebas de Diabetes <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto.
Prótesis y Suministros Relacionados <sup>1</sup> (por ejemplo, dispositivos ortopédicos, prótesis ortopédicas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por dispositivos implantados quirúrgicamente y suministros médicos</li> <li>• Usted paga el 20 % del costo por dispositivos externos y suministros médicos</li> </ul>	No está cubierto.
<b>BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS</b>					
Servicios de audición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año</li> <li>• \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año</li> <li>• \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$1000 por audífonos por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año</li> <li>• \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen auditivo de rutina limitado a uno por año</li> <li>• \$0 por evaluación de uso de audífonos de rutina limitada a una por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$500 por audífonos por año</li> </ul>	Usted paga el 30 % del costo por servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas</li> <li>• Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales</li> </ul>	Nuestro plan paga un total de \$1,500 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas	Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestro plan paga un total de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales por año, incluidas las dentaduras postizas</li> <li>• Usted paga el 30 % del costo por algunos servicios integrales</li> </ul>	Usted paga el 30 % del costo por servicios cubiertos por Medicare

	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)
Servicios para la vista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios para la vista complementarios por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$300 por todos los lentes y accesorios para la vista complementarios por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios para la vista complementarios por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios para la vista complementarios por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por examen de la vista de rutina limitado a 1 por año</li> <li>• Nuestro plan paga hasta un total de \$200 por todos los lentes y accesorios para la vista complementarios por año</li> </ul>
Transporte <sup>1</sup> (Hacia lugares aprobados por el plan y desde ellos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por viaje</li> <li>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año</li> <li>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por viaje</li> <li>• Limitado a 24 viajes de ida o de regreso por año</li> <li>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por viaje</li> <li>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año</li> <li>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por viaje</li> <li>• Limitado a 12 viajes de ida o de regreso por año</li> <li>• Limitado a un viaje de 50 millas de ida o de regreso</li> </ul>	No está cubierto.
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.
Acondicionamiento Físico	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto.
Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	\$0	\$0	\$0	\$0	No está cubierto.
Entrega de Comida Posterior al Alta <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por comida</li> <li>• Limitado a 10 comidas después del alta</li> <li>• Limitado a 4 veces por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por comida</li> <li>• Limitado a 10 comidas después del alta</li> <li>• Limitado a 4 veces por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por comida</li> <li>• Limitado a 10 comidas después del alta</li> <li>• Limitado a 4 veces por año</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 por comida</li> <li>• Limitado a 10 comidas después del alta</li> <li>• Limitado a 4 veces por año</li> </ul>	No está cubierto.

1 = Se Requiere Autorización Previa

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)
<b>MEDICAMENTOS DE LA PARTE D</b>				
Fase 1: Deducible	\$0	\$0	\$0	\$0
Fase 2: Límite de Cobertura Inicial (Initial Coverage Limit, ICL)	\$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	\$3 de copago por surtido	\$5 de copago por surtido	No está cubierto.
* 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	No está cubierto.
* Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	\$42 de copago por surtido	\$40 de copago por surtido	\$42 de copago por surtido	No está cubierto.

1 = Se Requiere Autorización Previa

\* Los gastos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los gastos compartidos específicos de más farmacias y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

TENGA EN CUENTA ESTO: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos cubiertos más reciente. La lista de medicamentos cubiertos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

	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)
* Nivel 4: Medicamentos No Preferidos (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	Usted paga el 40 % del costo por surtido		Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	
* Nivel 5: Nivel de Medicamentos Especializados (Suministro para 30 Días en Farmacia Minorista Preferida)	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 de Pedido por Correo (Suministro para 100 días)	\$0		\$0	\$0	
* Nivel 3: Farmacia Minorista Preferida y de Pedido por Correo (Suministro para 100 días)	\$84 de copago por surtido		\$84 de copago por surtido	\$84 de copago por surtido	
* Nivel 4: Farmacia Minorista Preferida y de Pedido por Correo (Suministro para 100 Días)	Usted paga el 40 % del costo por surtido		Usted paga el 40 % del costo por surtido	Usted paga el 40 % del costo por surtido	

4 = Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció estos montos y las normas para considerar los costos para estos montos.

\* Los gastos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los gastos compartidos específicos de más farmacias y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. **TENGA EN CUENTA ESTO:** Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos cubiertos más reciente. La lista de medicamentos cubiertos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

	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)
<p>Fase 3 Etapa de Brecha en Cobertura (después de que sus costos de recetas alcancen los \$4,430)<sup>4</sup></p>	<p><b>Medicamentos Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 o los medicamentos anti-diabéticos orales de Nivel 3.</li> <li>Los miembros pagan el 25 % del costo por otros medicamentos genéricos.</li> </ul> <p><b>Medicamentos de Marca Registrada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70 % se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial, para los medicamentos de marca registrada de Nivel 1 o para medicamentos anti-diabéticos orales de Nivel 3.</li> <li>Los miembros pagan el 25 % del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca registrada.</li> </ul>	<p>No está cubierto.</p>	<p><b>Medicamentos Genéricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros de GlobalHealth continúan pagando el mismo monto que en la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de Nivel 1 o los medicamentos anti-diabéticos orales de Nivel 3.</li> <li>Los miembros pagan el 25 % del costo por otros medicamentos genéricos.</li> </ul> <p><b>Medicamentos de Marca Registrada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El Programa de Descuento de Brecha en Cobertura de Medicare del 70 % se aplica al copago durante la etapa de cobertura inicial para los medicamentos de marca registrada de Nivel 1 o los medicamentos anti-diabéticos orales de Nivel 3.</li> <li>Los miembros pagan el 25 % del costo del medicamento más una parte de la tarifa de despacho de otros medicamentos de marca registrada.</li> </ul>	<p>No está cubierto.</p>	
<p>Fase 4: Etapa de Cobertura Catastrófica (después de que haya pagado \$7,050 de gastos de bolsillo)</p>	<p>Usted paga la cantidad mayor entre el 5 % del costo del medicamento o \$3.95 por medicamentos genéricos/ \$9.85 por medicamentos de marca.</p>				

1 = Se Requiere Autorización Previa

2 = Se Requiere Remisión

3 = Puede estar sujeto a terapia escalonada de la Parte B

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos cubiertos más reciente. La lista de medicamentos cubiertos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

4 = Usted permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,050. Medicare estableció estos montos y las normas para considerar los costos para estos montos. \* Los gastos compartidos pueden diferir según el estado de la farmacia (p. ej., preferida, no preferida, pedido por correo, atención médica a largo plazo [Long Term Care, LTC] o infusión en casa) o del suministro (p. ej., suministro para 30 o 100 días). Para obtener más información de los gastos compartidos específicos de más farmacias y de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. TENGA EN CUENTA ESTO: Visite nuestro sitio web para obtener la lista de medicamentos cubiertos o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.



# Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (TTY: 711)**

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (entre el 1 de octubre y el 31 de marzo)  
De lunes a viernes (entre el 1 de abril y el 30 de septiembre)

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

Directorio de Proveedores: [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com)

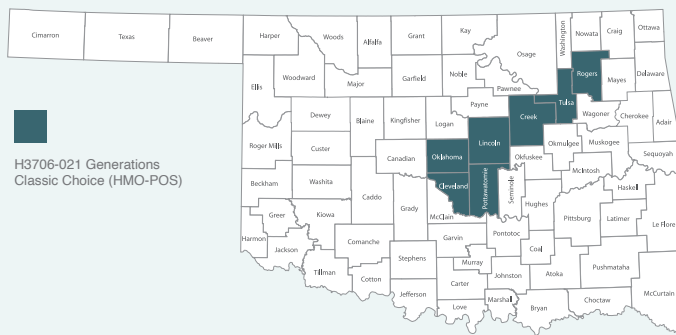
Directorio de Farmacias: [www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com)

Puede ver la lista completa de los medicamentos cubiertos por el plan  
(lista de medicamentos con receta de la Parte D) y  
cualquier restricción en nuestro sitio web en [www.GlobalHealthMedicare.com](http://www.GlobalHealthMedicare.com).

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.

# Área de Servicio 2022

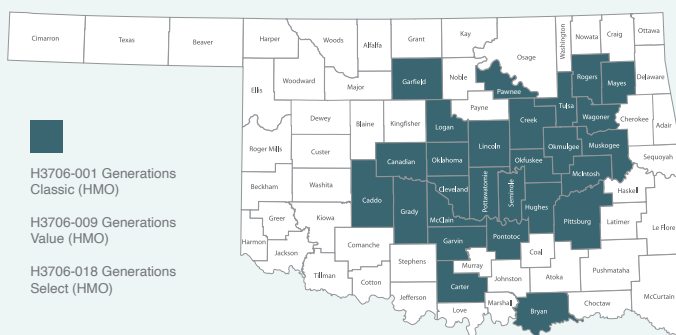
Cleveland  
Creek  
Lincoln  
Oklahoma  
Pottawatomie  
Rogers  
Tulsa



Bryan  
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



## GlobalHealth

Planes de Medicare Advantage

Si tiene preguntas o quiere inscribirse:  
**Servicio al Cliente: 1-844-280-5555 (TTY: 711)**  
[www.GlobalHealth.com](http://www.GlobalHealth.com)

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

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.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.