



Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) 2022

Notificación anual de cambios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Su cobertura de beneficios, servicios de salud y medicamentos con receta de Medicare como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Este folleto le proporciona los detalles sobre los cambios a su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Este es un documento legal importante. Por favor, manténgalo en un lugar seguro.

Summit Health Plan, Inc. es una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization (HMO, por sus siglas en inglés)) con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.

Esta información puede estar disponible en un formato diferente, incluyendo en letra grande. Por favor, llame a Servicio al Cliente si necesita la información del plan en otro formato o idioma. (Los números de teléfono del Servicio al Cliente se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

Esta información está disponible en otros idiomas, o en formatos alternativos, sin costo alguno. Por favor, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 844-827-2355. Los usuarios de TTY (teléfono de texto) llamen al 711. El Servicio al Cliente está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., hora oficial del Pacífico, los siete días de la semana. Nuestro Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

H2765-004

H2765_1140H276500422A_M



Estimado [nombre/apellido],

Gracias por ser un miembro valioso de Summit Health Medicare Advantage. Cada año trabajamos para ofrecerle los mejores beneficios y servicios para ayudarle a alcanzar sus metas de salud. Sus beneficios y primas pueden cambiar ligeramente de un año a otro para que esto sea posible. Estos cambios anuales están enumerados en esta Notificación anual de cambios (Annual Notice of Change (ANOC, por sus siglas en inglés)). Enviamos este paquete a nuestros miembros poco antes del periodo de inscripción anual (anual enrollment period (AEP, por sus siglas en inglés)), el cual es del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Por favor, dedique un momento para revisar este paquete de cambios importantes.

Si está satisfecho con su plan y no desea hacer ningún cambio, no es necesario que realice ninguna otra acción. Su renovación será automática el próximo año.

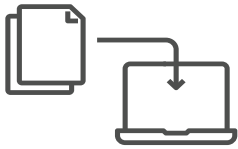
Si tiene preguntas sobre sus beneficios o cambios en el plan, nuestro equipo de Servicio al Cliente está aquí para ayudarle. Puede comunicarse con nosotros llamando sin costo al 844.827.2355. (Los usuarios de TTY llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Pacífico, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con las excepciones del día de Navidad y del Día de Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos).

Esperamos seguir ofreciéndole nuestros servicios como miembro.

Sean Jessup
Presidente de Summit Health



Ahora, usted puede recibir los documentos del plan en línea



Los documentos en línea le ofrecen un acceso fácil a toda su información de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requieren que sus documentos importantes del plan estén disponibles electrónicamente. Puede encontrar sus documentos importantes del plan en yoursummithealth.com y en su Panel para Miembros.

Si desea recibir un correo electrónico de Summit Health cuando hayan nuevos materiales disponibles, solo tiene que iniciar sesión en su Panel para miembros en yoursummithealth.com. El botón de inicio de sesión se encuentra en el lado superior derecho de su pantalla. Si usted no tiene una cuenta, puede crear una. Cuando ya haya iniciado sesión, seleccione la pestaña "Account" [Cuenta]. Luego, haga clic en "Manage notification settings" [Gestionar la configuración de las notificaciones]. Desde aquí, usted puede actualizar su correo electrónico y configurar el envío electrónico como su preferencia.

Una vez que solicite la entrega electrónica, usted ya no recibirá este documento por correo, a menos que usted lo solicite.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con nosotros llamando al 844-827-2355.

yoursummithealth.com



Reduzca el consumo de papel, ¡Regístrese hoy mismo en eBill!

Ahora usted puede pagar su prima en línea con eBill. Al utilizar eBill, usted puede ver sus facturas en línea y configurar sus métodos preferidos de pago (tarjeta de débito, cheques o ahorros) y establecer un pago recurrente utilizando nuestra función de AutoPay [Pago automático]. Para acceder a eBill, inicie sesión en el Panel para miembros y haga clic en la pestaña eBill.

Aviso de no discriminación

Seguimos las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos con base en raza, color, origen nacional, edad, identidad de género, sexo u orientación sexual.

Proporcionamos servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros. Estos incluyen intérpretes de lenguaje de señas y otras formas de comunicación.

Si su primer idioma no es el inglés, le daremos servicios de interpretación gratuitos y/o materiales en otros idiomas.

**Si necesita algo de lo anterior,
llame al Servicio al Cliente al:**
844-827-2355 (TDD/TTY 711)

**Si cree que no le hemos ofrecido estos
servicios o lo hemos discriminado,
puede presentar una queja por escrito.
Por favor envíelo por correo o fax a:**

Summit Health Plan
Attention: Appeal Unit
P.O. Box 820070
Portland, OR 97282
Fax: 855-466-7208

**Si necesita ayuda para presentar
una queja, llame al Servicio
de Atención al Cliente.**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

**Dave Nesseler-Cass coordina nuestro
trabajo de no discriminación:**

Dave Nesseler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@yoursummithealth.com



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

ہم نے ہیں تو لانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION: si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意:日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229 (TTY、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવો) બોલો છો તો તે ભાષામાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-877-605-3229 (TTY: 711) પર કૉલ કરો

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)



Sus recursos de Medicare Advantage para el 2022

Gracias por ser miembro de Summit Health. A continuación, encontrará los recursos que necesita para entender su cobertura del 2022.



Evidencia de Cobertura (EOC)

La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage (EOC, por sus siglas en inglés)) muestra todos los detalles de sus beneficios. Úsela para averiguar qué está cubierto y cómo funciona su plan. Su EOC estará disponible en línea en yoursummithealth.com a partir del 15 de octubre de 2021.

Si desea que le enviemos una EOC, puede llamar a nuestro Servicio al Cliente al (844) 827-2355 o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@yoursummithealth.com.



Directorios de proveedores y farmacias

Si necesita ayuda para encontrar a un proveedor de la red o farmacia, por favor, llame a nuestro Servicio al Cliente al (844) 827-2355 o visite yoursummithealth.com para acceder a nuestro directorio en línea. Puede acceder a ella haciendo clic en el enlace "Find Care" [Encuentre Asistencia] de nuestra página web.

Si desea que le envíen un Directorio de proveedores o un Directorio de farmacias por correo, puede llamar al número que aparece arriba, solicitar uno en el enlace de la página web que se proporcionó anteriormente o enviar un correo electrónico a MedicalMedicare@yoursummithealth.com.



Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

Su plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) que representa los medicamentos que se cree que forman parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos cubiertos, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente de Farmacias, al (844) 827-2355 o visite la página yoursummithealth.com para acceder al formulario en línea.

Si desea que le enviemos un formulario por correo, puede llamar al número que aparece arriba o enviar un correo electrónico a PharmacyMedicare@yoursummithealth.com.



También puede iniciar sesión en su cuenta de Member Dashboard [Panel para miembros] para ver los documentos de su plan.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Nuestro Servicio al Cliente (844) 827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Pacífico, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con la excepción del día de Navidad y del día de Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos).

Summit Health Plan, Inc. es una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.

Nuevamente, le agradecemos por ser miembro de Summit Health. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta.

Su Equipo de Servicio al Cliente de Summit Health

Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) ofrecido por Summit Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “tablas” (dashboards) en medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estas tablas destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de

medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- ☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

- ☐ Piense acerca de los costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- ☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan.

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, afíliase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, lo inscribiremos en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).
- Si se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio de atención al cliente al 1-844-827-2355. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con las excepciones del día de Navidad y del día de Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y días feriados).
- Esta información puede estar disponible en un formato diferente, incluso en letra grande. Llame al Servicio de atención al cliente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)

- Summit Health Plan, Inc. es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Summit Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).

H2765_1140H276500422A_M

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$146	\$140
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$5,500 cuando utilice su beneficio dentro de la red	\$4,000 cuando utilice su beneficio dentro de la red
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$7,750 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)	\$7,750 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria dentro de la red: \$10 de copago por consulta Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido por consulta Consultas con un especialista dentro de la red: \$35 de copago por consulta Consultas con un especialista cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido por consulta	Consultas de atención primaria dentro de la red: \$10 de copago por consulta Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido por consulta Consultas con un especialista dentro de la red: \$35 de copago por consulta Consultas con un especialista cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Hospitalizaciones dentro de la red: \$350 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido	Hospitalizaciones dentro de la red: \$315 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 30% del monto total permitido

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: \$175 (para los niveles 3, 4 y 5) Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$4 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 2: \$15 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 3: \$47 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 5: 30% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago por receta • Los medicamentos del Nivel 7 <u>no</u> están disponibles	Deducible: \$150 (para los niveles 3, 4, 5 y 6) Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: \$4 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 3: \$45 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 4: \$100 de copago por receta • Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 6: 30% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 7: \$0 de copago por receta

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	17
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan.....	18
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	19
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?.....	20
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).....	20
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	20

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$146	\$140
Summit Health Extra Care Prima mensual (Summit Health Extra Care es un beneficio complementario opcional). (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)).	\$5	\$5

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$5,500 cuando utilice su beneficio dentro de la red	\$4,000 cuando utilice su beneficio dentro de la red
Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,750 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)	\$7,750 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS) Una vez que haya pagado \$4,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. Los servicios dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Si acude a proveedores dentro de la red y fuera de la red o solo a proveedores fuera de la red, los costos máximos que pague de su bolsillo serán de \$7,750 durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones

por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan pero, si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ocupándose de sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Cambiaremos nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para el consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un programa de tratamiento para el consumo de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$300 de copago para los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$315 de copago para los servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.
Servicios de rehabilitación cardíaca (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Usted paga \$30 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$35 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Usted paga \$50 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de emergencia	<u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga \$90 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Usted paga \$90 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare. Si los servicios de observación se prestan debido a un traslado de urgencias relacionado, solo se aplican los costos compartidos de observación.
Audífonos	<u>Dentro de la red</u> Su compra de audífonos incluye lo siguiente: • 3 consultas al proveedor en el primer año después de comprar los audífonos • Período de prueba de 45 días • Garantía ampliada de 3 años • 48 pilas por audífono Para utilizar este beneficio, debe acudir a un proveedor de TruHearing.	<u>Dentro de la red</u> Su compra de audífonos incluye lo siguiente: • Consultas de seguimiento con el proveedor en el primer año después de comprar los audífonos • Período de prueba de 60 días • Garantía ampliada de 3 años • 80 pilas por audífono Para utilizar este beneficio, debe acudir a un proveedor de TruHearing.
Exámenes auditivos (no cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año calendario. Las consultas para la adaptación y la evaluación de los audífonos <u>no</u> están cubiertas.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año calendario. Usted paga \$0 de copago por una consulta de adaptación y evaluación de los audífonos.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$350 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$315 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes internados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$350 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90 para las hospitalizaciones para atención de salud mental cubiertas por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$315 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para los días 6-90 para las hospitalizaciones para atención de salud mental cubiertas por Medicare.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Pasos del beneficio de tratamiento escalonado de la Parte B a la Parte B.	<u>Dentro de la red y fuera de la red</u> Pasos del beneficio de tratamiento escalonado de la Parte B a la Parte B y de la Parte B a la Parte D.
Servicios de cirugía y observación para pacientes externos (en un centro para pacientes externos)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$300 de copago para los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga \$300 de copago por consulta para los servicios de observación cubiertos por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$315 de copago para los servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga \$315 de copago por estadía para los servicios de observación cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención de la vista (exámenes de la vista no cubiertos por Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Los servicios de exámenes oculares de rutina <u>no</u> están disponibles fuera de la red. Cualquier servicio recibido de un proveedor fuera de la red de VSP Advantage será su responsabilidad.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50% del monto total permitido para un examen de rutina por año calendario.
Atención de la vista (lentes y accesorios no cubiertos por Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Los servicios de equipos de rutina para la visión no están disponibles fuera de la red. Cualquier servicio recibido de un proveedor fuera de la red de VSP Advantage será su responsabilidad.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga: 50% del monto total permitido para un par de lentes cubiertos cada dos años calendario. \$0 de copago para un par de marcos de anteojos con un máximo de \$50 de asignación para marcos de anteojos cada dos años calendario. Usted paga: 50% del monto total permitido para un par de lentes de contacto visualmente necesarios (en lugar de lentes/marcos de anteojos). \$0 de copago para lentes de contacto y un examen de adaptación con un máximo de \$100 de asignación cada dos años calendario.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio de atención al cliente.
- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Servicio de atención al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferida del Nivel 3, marca no preferida del Nivel 4, de especialidad preferida del Nivel 5 y de especialidad del Nivel 6 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de \$175. Durante esta etapa, usted paga \$4 de copago por receta para los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$15 de copago por receta para los medicamentos genéricos del Nivel 2, \$0 de copago por receta para	El deducible es de \$150. Durante esta etapa, usted paga \$4 de copago por receta para los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, \$10 de copago por receta para los medicamentos genéricos del Nivel 2, \$0 de copago por receta para

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual (continuación)	los medicamentos de vacunación de la Parte D del Nivel 6 y el costo total de los medicamentos de marca preferida del Nivel 3, marca no preferida del Nivel 4 y de especialidad del Nivel 5, hasta que alcance el deducible anual.	los medicamentos de vacunación del Nivel 7 y el costo total de los medicamentos de marca preferida del Nivel 3, marca no preferida del Nivel 4, de especialidad preferida del Nivel 5 y de especialidad del Nivel 6, hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos del Nivel 6, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2022 en relación con 2021.

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo . En 2021, usted pagó \$0 de copago por receta para medicamentos del Nivel 6. En 2022, pagará \$0 de copago por receta para los mismos medicamentos del Nivel 7.	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar: Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 de copago por receta.	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar: Nivel 1. Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 de copago por receta.

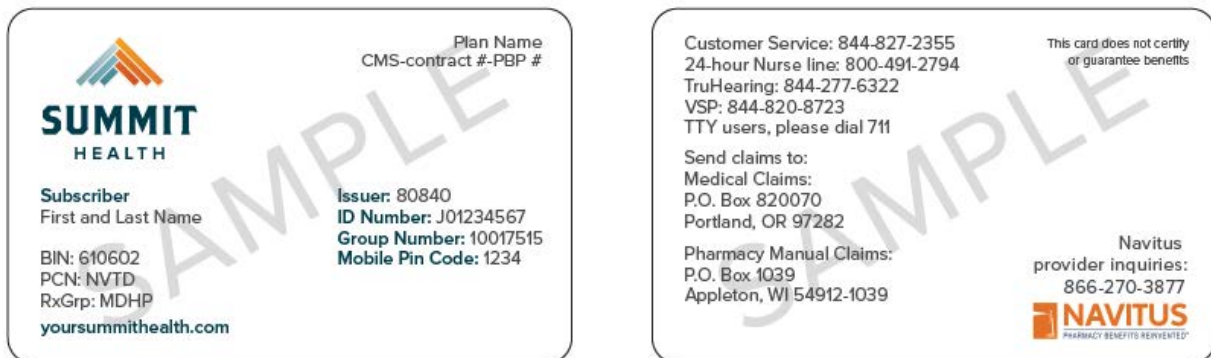
Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	Nivel 2. Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 de copago por receta. Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 de copago por receta. Nivel 4. Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 de copago por receta. Nivel 5. Medicamentos de especialidad: Usted paga el 30% del costo total por receta. Nivel 6. Vacunas de la Parte D: Usted paga \$0 de copago por receta. Nivel 7: <u>No</u> está disponible. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Nivel 2. Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 de copago por receta. Nivel 3. Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 de copago por receta. Nivel 4. Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 de copago por receta. Nivel 5. Medicamentos de especialidad preferida: Usted paga el 25% del costo total por receta. Nivel 6. Medicamentos de especialidad: Usted paga el 30% del costo total por receta. Nivel 7. Vacunas: Usted paga \$0 de copago por receta. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

En 2022, el número de teléfono de la línea de enfermería de 24 horas cambiará a 1-800-491-2794. Debido a este cambio, usted recibirá una nueva tarjeta de identificación para reflejar este nuevo número de teléfono de la línea de enfermería de 24 horas. Le enviaremos la nueva tarjeta de identificación a fines de diciembre. Si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta de identificación, llame al Servicio de atención al cliente al 1-844-827-2355. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con las excepciones del día de Navidad y del día de Acción de Gracias (después del 31 de marzo, sus llamadas serán atendidas por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y días feriados). Vea cómo será la nueva tarjeta de identificación:



Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios odontológicos (no cubiertos por Medicare)	Asignación de beneficios para servicios fuera de la red basada en los cargos facturados.	La asignación de beneficios para servicios fuera de la red se basa en los programas de pagos de proveedores no participantes y puede dar lugar a costos adicionales que paga de su bolsillo.

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Nueva línea de enfermería de 24 horas	El número de la línea de enfermería de 24 horas hasta el 12/31/2021 es 866-321-7580.	A partir del 1/1/2022, el nuevo número de la línea de enfermería de 24 horas será 800-491-2794. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación para reflejar este nuevo número de teléfono de la línea de enfermería de 24 horas.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, lo inscribiremos automáticamente en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022 pero, si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede afiliarse oportunamente a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en el sitio web de Medicare. Visite

www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde que Summit Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se muden fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregón, el SHIP se llama Asistencia relacionada con los Beneficios del Seguro Médico para Adultos Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

El SHIBA es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIBA al 1-800-722-4134. Para obtener más información sobre el SHIBA, visite su sitio web (shiba.oregon.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso presentar un comprobante de residencia en el estado y de estado de VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el

ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del programa CAREAssist. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 1-800-805-2313.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-844-827-2355 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con las excepciones del día de Navidad y del día de Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y días feriados). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 de Summit Health Premier + Rx (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Información de contacto del Servicio al cliente		
Llame al	844-827-2355 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Servicio al Cliente está disponible de 7 a.m. a 8 p.m., Hora del Pacífico, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, con la excepción del día de Navidad y del día de Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos.) Nuestro Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.	
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.	
Fax	855-466-7208 Attn: Summit Health Medicare Advantage	
Puede escribir a	Solicitudes médicas Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Advantage P.O. Box 820070 Portland OR 97282 MedicalMedicare @yoursummithealth.com	Solicitudes de farmacia Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Advantage PO Box 22859 Portland OR 97269 PharmacyMedicare @yoursummithealth.com
Página web	YourSummitHealth.com	

Información de contacto de la Asistencia de Beneficios del Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad (SHIBA) (Oregon's SHIP)	
La Asistencia de Beneficios del Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad (SHIBA, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros médicos locales a las personas con Medicare.	
Llame al	1-800-722-4134
TTY	711
Puede escribir a	SHIBA P.O. Box 14480 Salem OR 97309-0405
Página web	shiba.oregon.gov



Declaración de Divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés)

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se le muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget (OMB, por sus siglas en inglés)). El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es el 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, por favor, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



601 S.W. Second Ave.
Portland, OR 97204-3154

Información importante de Summit Health Plan, Inc.