



SUMMIT
HEALTH

2021 | Resumen de beneficios

2021 Resumen de beneficios

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por los planes de Medicare Advantage de Summit Health para el 1ero de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Summit Health Plan, Inc. es un plan Medicare Advantage HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se proporciona no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, pida la “Prueba de cobertura.”

Para unirse al plan Summit Medicare Advantage, usted 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 Oregon: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.

Si usted utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos del Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Verifique en línea a través de www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos tales como en letra grande o español.

Para obtener más información, por favor, llámenos al 844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visítenos en yoursummithealth.com. Del 1ero de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana desde las 7:00 a.m. hasta las 8:00 p.m. Hora del Pacífico. Del 1ero de abril al 30 de septiembre, usted puede llamarnos de lunes a viernes desde las 7:00 a.m. hasta las 8:00 p.m. hora del Pacífico.



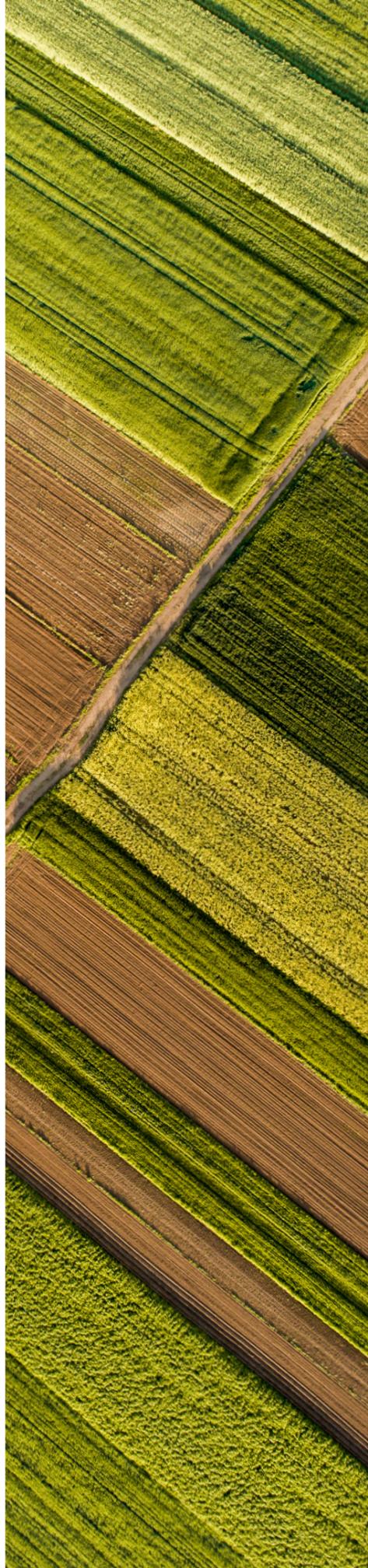
Beneficios médicos

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002		Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
Prima mensual del plan	\$22		\$69		\$99		\$146	
Deducible médico	\$0		\$0		\$0		\$0	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Máxima responsabilidad sobre gastos extra <i>(No incluye medicamentos recetados)</i>	\$4,200	\$4,200	\$6,850	N/A	\$6,250	\$8,000	\$5,500	\$7,750
Cobertura de hospitalización <i>(Copago por día 1 al 5) (Las normas de autorización pueden ser aplicables)</i>	\$350	30%	\$370	No está cubierto	\$370	50%	\$350	30%
Cobertura hospitalaria para pacientes externos (Observación) <i>(Las normas de autorización pueden ser aplicables)</i>	\$350	30%	\$370	No está cubierto	\$370	50%	\$300	30%
Centro quirúrgico ambulatorio <i>(Las normas de autorización pueden ser aplicables)</i>	\$350	30%	\$370	No está cubierto	\$370	50%	\$300	30%
Cirugía ambulatoria <i>(Las normas de autorización pueden ser aplicables)</i>	\$350	30%	\$370	No está cubierto	\$370	50%	\$300	30%
Consultas con el médico Proveedor de Atención Primaria (PCP)	\$10	30%	\$15	No está cubierto	\$10	50%	\$10	30%
Médicos especialistas <i>(Pueden aplicarse las normas de referencia)</i>	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Atención preventiva	\$0	30%	\$0	No está cubierto	\$0	50%	\$0	30%
Atención de emergencia	\$90		\$90		\$90		\$90	
Servicios urgentemente necesarios	\$35		\$65		\$50		\$35	

Beneficios médicos (continúa)

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002		Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico/laboratorios/radiografías (Las normas de autorización pueden ser aplicables)								
Servicios diagnósticos de radiología (por ejemplo, Resonancias magnéticas, tomografías)	20%	30%	20%	No está cubierto	20%	50%	20%	30%
Servicios de laboratorio	\$0	30%	\$0	No está cubierto	\$7	50%	\$5	30%
Radiografías para pacientes ambulatorios	20%	30%	20%	No está cubierto	20%	50%	20%	30%
Servicios auditivos								
Examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio (Pueden aplicarse las normas de referencia)	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Examen auditivo de rutina para los dispositivos auditivos	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto
Dispositivos auditivos (Copago por cada dispositivo)	\$699 - \$999	No está cubierto	\$699 - \$999	No está cubierto	\$699 - \$999	No está cubierto	\$699 - \$999	No está cubierto
Servicios Dentales								
Cubierto por Medicare (Pueden aplicarse las normas de referencia)	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Preventivo y completo (La asignación total de \$500 se combina para los servicios dentro y fuera de la red)	Preventivo \$0 Asignación \$500	Asignación \$500	Preventivo \$0 Asignación \$500	Asignación \$500	Preventivo \$0 Asignación \$500	Asignación \$500	Preventivo \$0 Asignación \$500	Asignación \$500
Servicios oftalmológicos								
Servicios médicos oftalmológicos (Cubierto por Medicare) (Pueden aplicarse las normas de referencia)	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Servicios oftalmológicos de rutina (Examen anual y anteojos cada 2 años)	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto	\$0	No está cubierto



Beneficios médicos (continúa)

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002		Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios complementarios								
Servicios de salud mental	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (Copago por día 21 al 100) (Las normas de autorización pueden ser aplicables)	\$150	30%	\$170	No está cubierto	\$165	50%	\$160	30%
Terapia física (Las normas de autorización pueden ser aplicables)	\$35	30%	\$40	No está cubierto	\$35	50%	\$35	30%
Ambulancia (Las normas de autorización pueden ser aplicables)	\$250		\$300		\$300		\$250	
Transporte	No está cubierto		No está cubierto		No está cubierto		No está cubierto	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Las normas de autorización pueden ser aplicables)	20%	30%	20%	No está cubierto	20%	50%	20%	30%
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	20%	30%	20%	No está cubierto	20%	50%	20%	30%
Suministros para el control de la diabetes (Las normas de autorización pueden ser aplicables)	\$0-20%	30%	\$0-20%	No está cubierto	\$0-20%	50%	\$0-20%	30%
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios								
Deducible del medicamento con receta			\$285 (exento en los niveles 1, 2 y 6)		\$230 (exento en los niveles 1, 2 y 6)		\$175 (exento en los niveles 1, 2 y 6)	
Fase inicial de cobertura			Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genérico preferido)			\$4	\$12	\$4	\$12	\$4	\$12
Nivel 2 (genérico)			\$15	\$45	\$15	\$45	\$15	\$45
Nivel 3 (marca preferida)			\$47	\$141	\$47	\$141	\$47	\$141
Nivel 4 (marca no preferida)			\$100	\$300	\$100	\$300	\$100	\$300
Nivel 5 (especialidad)			28%	N/A	29%	N/A	30%	N/A
Nivel 6 (vacuna)			\$0	N/A	\$0	N/A	\$0	N/A



Usted comienza en la etapa de deducibles cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado el deducible de la Parte D (exonerado en los niveles 1, 2 y 6) para sus medicamentos. Las cantidades de costo compartido son las mismas cuando se reciben de las farmacias de la red de venta al por menor, de venta por correo y de infusión a domicilio, así como si usted reside en un centro de atención a largo plazo. Usted puede conseguir un suministro de hasta 31 días de medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero tendrá que pagar más de lo que corresponde en una farmacia de la red. El costo compartido cambia cuando se entra en otra etapa del beneficio de la Parte D.

Durante la etapa de brecha de cobertura, se paga el 25% del costo de los medicamentos genéricos o de marca. Durante la etapa de cobertura catastrófica, usted paga lo que sea mayor de 5% o \$3.70 de copago por medicamentos genéricos y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos.

Para obtener más información sobre las diferentes etapas, por favor, acceda a su Prueba de Cobertura en línea en yoursummithealth.com o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Farmacia al 844-827-2355, 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. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema de telefonía automática, los sábados, domingos y días festivos.)

Beneficios complementarios opcionales

Usted debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios.

Summit Health Extra Care	
Primas del plan	\$5 al mes
Servicios incluidos: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos de rutina • Acupuntura • Terapias alternativas (servicios naturopáticos) 	Nuestro plan paga hasta \$500 cada año. Usted paga el 50% del costo facturado por estos servicios hasta que el máximo del plan de \$500 para todos los servicios combinados se cumpla, entonces usted paga el 100% del costo



Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, color, national origin, age, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call Customer Service at:

844-827-2355 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

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

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

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)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Dave Nesseler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

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

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

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 تماس بگیرد. (TTY: 711) 1-877-605-3229

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。

YourSummitHealth.com

0581 (08/20)

અગત્યનું: જો તમે (ભાષાંતર કરેલ ભાષા અહીં દર્શાવે) 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 ហើយ ត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

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

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณ สามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษา ได้ฟรี 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 totagia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti llocano, 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)



ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONADAMENTE



SUMMIT
HEALTH