



Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) 2023

Notificación anual de cambios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

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

Este documento 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 2023. 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 documento).

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.

H2765-003

H2765_1140H276500323A_M



Estimado/a [First Name/Last Name],

Gracias por ser un miembro valioso de Medicare Advantage de Summit Health. Todos los años, trabajamos para ofrecerle los mejores beneficios y servicios a fin de que pueda alcanzar sus objetivos de salud. Para que esto sea posible, los beneficios y las primas pueden cambiar un poco de un año al otro. Estos cambios anuales figuran en la *Notificación Anual de Cambios (ANOC)* que se adjunta. Enviamos este paquete a nuestros miembros poco antes del período de inscripción anual (AEP), que tiene lugar todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre. Tómese un instante para revisar este paquete que incluye cambios importantes.

Si está conforme con el plan y no quiere realizar cambios, no es necesario que haga nada. Se renovará su inscripción de manera automática para el próximo año.

Si tiene preguntas sobre los cambios en los beneficios o el plan, nuestro equipo de Servicios al Cliente está a su disposición. Puede llamarnos al número gratuito 844-827-2355. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico) los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Navidad y Acción de Gracias. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados).

Esperamos continuar prestándole servicios.

A handwritten signature in black ink that reads "Sean Jessup".

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.



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 844-827-2355. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 844-827-2355. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 844-827-2355。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 844-827-2355。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 844-827-2355. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 844-827-2355. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 844-827-2355 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 844-827-2355. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 844-827-2355 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 844-827-2355. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.



Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 844-827-2355 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 844-827-2355 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 844-827-2355. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 844-827-2355. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 844-827-2355. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 844-827-2355. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、844-827-2355 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Sus recursos de Medicare Advantage para el 2023

Gracias por ser miembro de Summit Health. A continuación, encontrará los recursos que necesita para entender su cobertura del 2023.



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 2022.

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 Acción de Gracias y del día de Navidad. (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 Standard + Rx (HMO-POS) ofrecido por Summit Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise 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*).

- **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.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- 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. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- 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 2022, permanecerá en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto cancelará su inscripción con Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

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 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 excepción del día de Acción de Gracias y Navidad. (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 Standard + 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 documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Summit Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

H2765_1140H276500323A_M

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023		4
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
	Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
	Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo	8
	Sección 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores	9
	Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
	Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 2	Cambios administrativos	18
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	19
	Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).....	19
	Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4	Plazo para el cambio de plan	20
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	21
SECCIÓN 7	¿Preguntas?	21
	Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	21
	Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$99	\$89
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Este es la cantidad máxima 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).	\$5,100 cuando utilice su beneficio dentro de la red. \$8,000 cuando utilice una combinación de su beneficio dentro de la red y de Punto de servicio (POS)	\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red. \$8,990 cuando utilice una combinación de su beneficio dentro de la red y de Punto de servicio (POS)
Visitas al consultorio del doctor	Consultas de atención primaria dentro de la red: \$10 de copago por consulta Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida 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: 50% de la cantidad total permitida por consulta	Consultas de atención primaria dentro de la red: \$0 de copago por consulta Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida 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: 50% de la cantidad total permitida por consulta

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>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</p> <p>Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida</p>	<p>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</p> <p>Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$200 (para los niveles 3, 4, 5 y 6)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: 24% del costo total por receta 	<p>Deducible: \$185 (para los niveles 3, 4, 5 y 6)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 6: 29% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 7: \$0 de copago por receta 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 6: 30% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 7: \$0 de copago por receta

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).</p>	\$99	\$89
<p>Summit Health Extra Care Prima mensual</p>	<p style="text-align: center;">\$5</p> <p>(Summit Health Extra Care es un beneficio complementario opcional).</p>	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Cubierto como parte de un beneficio complementario combinado que incluye servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía con un coseguro del 50% hasta un beneficio máximo combinado de \$500 para todos los servicios cubiertos. Coseguro aplicado a la cantidad permitida/cargos facturados, según corresponda.</p>

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en 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 una cantidad 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 la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” para el año. Este límite se denomina la “cantidad máxima que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,100 cuando utilice su beneficio dentro de la red</p> <p>\$8,000 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)</p>	<p>\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red</p> <p>\$8,990 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,880 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 \$8,990 durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de farmacias y proveedores

Los Directorios actualizados se encuentran disponibles 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 farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un *directorio*.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2023 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para que podamos asistirlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para determinados servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Acupuntura (complementarios)	Cubiertos por el beneficio complementario opcional Extra Care.	Cubierto como parte de un beneficio complementario combinado que incluye servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía con un coseguro del 50% hasta un beneficio máximo combinado de \$500 para todos los servicios cubiertos. Coseguro aplicado a la cantidad permitida/cargos facturados, según corresponda.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de quiropráctica (complementarios)	Cubiertos por el beneficio complementario opcional Extra Care.	Cubiertos como parte de un beneficio complementario combinado que incluye servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía con un coseguro del 50% hasta un beneficio máximo combinado de \$500 para todos los servicios cubiertos. Coseguro aplicado a la cantidad permitida/cargos facturados, según corresponda.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (complementarios)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago para servicios odontológicos integrales.</p> <p>Tiene hasta \$500 de asignación anual combinada para otros servicios odontológicos integrales y de rutina.</p> <p>Los servicios preventivos no se aplican al beneficio máximo combinado.</p> <p>Se requiere una remisión para los servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios deben recibirse de proveedores de servicios odontológicos que no hayan optado por la exclusión ni se hayan retirado de Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago de la cantidad total permitida para todos los servicios odontológicos (preventivos e integrales) de rutina.</p> <p>Tiene un beneficio máximo combinado de hasta \$500 por año calendario para servicios odontológicos preventivos, de diagnóstico e integrales.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga 20% de la cantidad total permitida para servicios odontológicos integrales.</p> <p>Tiene hasta \$1,000 de asignación anual combinada para todos los servicios odontológicos (integrales y preventivos) de rutina.</p> <p>Todos los servicios se aplican al beneficio máximo combinado.</p> <p>No se requiere una remisión para los servicios odontológicos integrales cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios recibidos de proveedores de servicios odontológicos excluidos están cubiertos por el servicio odontológico complementario. Los proveedores excluidos siguen teniendo prohibido el pago por parte del plan.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 50% de la cantidad total permitida para todos los servicios odontológicos (preventivos e integrales) de rutina.</p> <p>Tiene hasta \$1,000 de asignación anual combinada para todos los servicios odontológicos (integrales y preventivos) de rutina.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$90 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$95 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare.
Audifonos	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$699 de copago por audífono para los productos Flyte Advanced ofrecidos por TruHearing. \$999 de copago por audífono para los productos Flyte Premium ofrecidos por TruHearing.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$599 de copago por audífono para los productos Advanced ofrecidos por TruHearing. \$899 de copago por audífono para los productos Premium ofrecidos por TruHearing.
Servicios de naturopatía (complementarios)	Cubiertos por el beneficio complementario opcional Extra Care.	Cubiertos como parte de un beneficio complementario combinado que incluye servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía con un coseguro del 50% hasta un beneficio máximo combinado de \$500 para todos los servicios cubiertos. Coseguro aplicado a la cantidad permitida/cargos facturados, según corresponda.
Servicios de terapia ocupacional	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Otros profesionales de la salud (por ejemplo, enfermero con práctica médica, asistente médico)</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por los servicios recibidos por parte de un proveedor de atención primaria; \$35 de copago por los servicios recibidos por parte de un especialista por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Solo se requiere una remisión para los servicios recibidos en un entorno no especializado en salud mental.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por los servicios recibidos por parte de un proveedor de atención primaria; \$35 de copago por los servicios recibidos por parte de un especialista por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere una remisión.</p>
<p>Servicios de sangre para pacientes externos</p>	<p>La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre, incluidos el almacenamiento y la administración, están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. El deducible de las 3 pintas solo se aplica a la sangre en sí, no al almacenamiento y la administración.</p>	<p>El deducible de las tres (3) pintas queda exento. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos (así como de otros componentes de la sangre) comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.</p>
<p>Servicios de fisioterapia y terapia del habla</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de podiatría</p>	<p>Se requiere una remisión.</p>	<p>No se requiere una remisión.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Consultas con un doctor de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$10 de copago por cada consulta con un doctor de atención primaria cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar (cubiertos por Medicare)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20 \$165 de copago por día para los días 21-100 Para los días 101 y siguientes: todos los costos a partir del día 100 no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20 \$175 de copago por día para los días 21-100 Para los días 101 y siguientes: todos los costos a partir del día 100 no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.
Consultas con un especialista	Se requiere una remisión.	No se requiere una remisión.
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo	Usted paga \$90 de copago por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo.	Usted paga \$95 de copago por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo.

Sección 1.5 – 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.**

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. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted debe pagar por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de los medicamentos”.

La siguiente información describe los cambios 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).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>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.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga:</p> <p>Nivel 1 Genéricos preferidos - \$4 de copago por receta</p> <p>Nivel 2 Genéricos - \$10 de copago por receta</p> <p>Nivel 7 Vacunas - \$0 de copago por receta</p> <p>Usted paga el costo total por los medicamentos en estos niveles:</p> <p>Nivel 3 Marca preferida</p> <p>Nivel 4 Marca no preferida</p> <p>Nivel 5 Nivel de especialidad preferida</p> <p>Nivel 6 Nivel de especialidad</p> <p>hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$185.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga:</p> <p>Nivel 1 Genéricos preferidos - \$4 de copago por receta</p> <p>Nivel 2 Genéricos - \$10 de copago por receta</p> <p>Nivel 7 Vacunas - \$0 de copago por receta</p> <p>Usted paga el costo total por los medicamentos en estos niveles:</p> <p>Nivel 3 Marca preferida</p> <p>Nivel 4 Marca no preferida</p> <p>Nivel 5 Nivel de especialidad preferida</p> <p>Nivel 6 Nivel de especialidad</p> <p>hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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.</p> <p>Los costos en esta fila son por 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.</p> <p>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 su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>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.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos preferidos: Usted paga \$4 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos: Usted paga \$10 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$45 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4 – Marca no preferida: Usted paga \$100 de copago por receta.</p> <p>Nivel 5 – Nivel de especialidad preferida: Usted paga el 24% del costo total por receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos preferidos: Usted paga \$4 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos: Usted paga \$10 de copago por receta.</p> <p>Nivel 3 – Marca preferida: Usted paga \$45 de copago por receta.</p> <p>Nivel 4 – Marca no preferida: Usted paga \$100 de copago por receta.</p> <p>Nivel 5 – Nivel de especialidad preferida: Usted paga el 25% del costo total por receta.</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 6 – Nivel de especialidad: Usted paga el 29% del costo total por receta.</p> <p>Nivel 7 – Vacunas: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 6 – Nivel de especialidad: Usted paga el 30% del costo total por receta.</p> <p>Nivel 7 – Vacunas: Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Servicios odontológicos (complementarios)</p>	<p>Los proveedores de servicios odontológicos que hayan optado por la exclusión de Medicare no pueden recibir pagos en el marco de este plan.</p>	<p>Los proveedores de servicios odontológicos que hayan optado por la exclusión de Medicare pueden recibir pagos de los beneficios odontológicos complementarios en el marco de este plan.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

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

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en 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, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Summit Health Standard + 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. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen 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 trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no le gusta su opción de plan, 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 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente 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).

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 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. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN 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 determinados criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del 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 800-805-2313.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio de atención al cliente al 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 excepción del día de Acción de Gracias y Navidad. (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 2023 (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 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para Summit Health Standard + 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023)

Consulte el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). Cada 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 usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 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 Acción de Gracias y del día de Navidad. (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	<table border="0"> <tr> <td>Solicitudes médicas Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Advantage P.O. Box 820070 Portland OR 97282 MedicalMedicare @yoursummithealth.com</td> <td>Solicitudes de farmacia Summit Health Plan, Inc. Attn: Medicare Advantage PO Box 22859 Portland OR 97269 PharmacyMedicare @yoursummithealth.com</td> </tr> </table>	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
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	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.