

2023

Kit de inscripción de Medicare Advantage

*Este de Oregón: Condados de Baker, Gilliam,
Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow,
Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.*



SUMMIT
HEALTH

H2765_109723A_M

Los médicos
que conoce
y en los que
puede confiar;
un seguro de
salud con el que
puede contar.

Obtenga más beneficios con Medicare

Summit Health se asoció con médicos y hospitales locales para brindarle una mejor salud a su comunidad. Así, puede atenderse con los médicos que ya conoce y en los que confía, mientras garantizamos que reciba la atención que necesita.

Usted trabaja duro por los demás. Estamos aquí para hacer lo mismo por usted. Juntos podemos encontrar el plan Medicare Advantage que sea adecuado para usted.

Veamos sus opciones para el plan Medicare Advantage.

Índice

■ Plan médico

Motivos para elegir Summit Health	4
Información del plan	5
Resumen de beneficios	8
Beneficios médicos	10
Medicamentos con receta de la Parte D . . .	14
Prima para Subsidio por Ingresos Bajos	20

■ Cómo inscribirse

Lista de verificación antes de la inscripción	21
Instrucciones de inscripción	22

■ Recursos adicionales

Recursos de atención para miembros	24
--	----

Reciba atención mientras se siente como en su casa

Con nuestros planes Medicare Advantage, podrá elegir entre proveedores de atención de salud, hospitales y especialistas de calidad de la red local. Su plan Medicare Advantage de Summit Health también le permite acceder a nuestros expertos en asesoramiento de la salud y al atento Servicio al Cliente. Somos un equipo dedicado a brindarle apoyo.

Nuestros socios locales incluyen los siguientes:

- Moda Partners, Inc.
 - Greater Oregon Behavioral Health, Inc. (GOBHI)
 - Good Shepherd Health Care System
 - Grande Ronde Hospital, Inc.
- Saint Alphonsus Health System, Inc.
 - CHI St. Anthony Hospital
 - Eastern Oregon IPA (Independent Physicians Association)
 - Yakima Valley Farm Workers Clinic



** Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.*

Nuestros planes Medicare Advantage

Los planes Medicare Advantage de Summit Health vienen con y sin beneficios de farmacia. Si elige un plan con cobertura de farmacia, no tendrá que pagar el copago de las vacunas. Nuestros planes Medicare Advantage incluyen lo siguiente:

- \$0 de deducible médico.
- \$0 de copago para servicios dentales preventivos más un monto combinado de \$750 para otros servicios dentales con los planes Summit Health Core y Summit Health Value + Rx; o un monto combinado de \$1,000 para otros servicios dentales con los planes Summit Health Standard + Rx y Summit Health Premier + Rx.
- \$0 de copago para exámenes de rutina de la audición y la vista.
- \$0 de copago para el beneficio de gimnasio.

Pedidos de farmacia por correo

¿Sabía que puede obtener un suministro de hasta 90 días de medicamentos que no sean de especialidad en su farmacia local o a través de un programa de pedidos por correo? Cuando reciba un suministro para 90 días, su copago será para dos meses y medio, en vez de tres. Por lo tanto, ahorrará dinero. Para obtener más información, llame a Servicios al Cliente al 844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).





Motivos para elegir Summit Health

Beneficios adicionales

Cuando elige un plan Medicare Advantage de Summit Health, obtiene más beneficios. Estos beneficios adicionales incluyen suscripción al gimnasio y recursos de bienestar.



Línea de enfermería

¿Necesita asesoramiento rápido? Los amables enfermeros de nuestra línea de enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día. Llame para que lo asesoren sobre lo siguiente:

- Afecciones y síntomas básicos de salud.
- Tratamiento de heridas y quemaduras leves.
- Remedios caseros para un resfrío o una gripe.
- Situaciones en las que debe visitar al médico.



Oftalmología

Reciba un examen de rutina de la vista y anteojos a través del plan Advantage Elements de VSP, y obtenga cobertura a través de la red de proveedores Advantage de este. Todos los reclamos de exámenes de rutina de la vista y de anteojos son administrados por VSP. Obtenga más información sobre VSP en vsp.com. Si tiene preguntas, llame a VSP a la línea gratuita 844-820-8723.



Envíe mensajes de texto al médico

Disfrute de un acceso rápido y privado a un médico especializado en menos de un minuto, sin costo adicional. Con la aplicación CirrusMD, todo lo que necesita es acceso a Internet para lo siguiente:

- Conectarse con un médico por mensaje de texto, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin citas ni límites de tiempo.
- Preguntar por cuestiones urgentes o de salud general.
- Enviar mensajes, compartir fotos o comunicarse por video llamada.
- Disfrutar de tranquilidad, incluso a las 2 de la madrugada.
- Seguir conversando o hacer seguimientos cuando quiera.



Cobertura dental

Dos visitas preventivas sin costo a través de la red Medicare Advantage de Delta Dental of Oregon, con un beneficio máximo de \$750 para los planes Summit Health Core y Summit Health Value + Rx; o \$1,000 para los planes Summit Health Standard + Rx y Summit Health Premier + Rx para todos los demás servicios dentales preventivos e integrales de rutina.



Audición

Reciba un examen de rutina gratis para audífonos y cobertura para estos a través de TruHearing. Los audífonos son dispositivos costosos. Con este beneficio, son mucho más accesibles. Obtenga más información en truhearing.com.



Suscripción al gimnasio

Aproveche la suscripción al gimnasio y los beneficios de bienestar de Silver&Fit®. Este beneficio incluye lo siguiente:

- Acceso a un gimnasio o YMCA.
- Clases grupales diseñadas para adultos mayores, que se ofrecen sin tarifas adicionales.
- La opción de ejercitarse en el hogar con un kit de acondicionamiento físico (limitado a uno por año).
- Clases de envejecimiento saludable que puede tomar en línea o por correo.
- Un rastreador de acondicionamiento físico.

Para que se aplique este beneficio, el gimnasio debe ser un centro participante de Silver&Fit. Obtenga más información en silverandfit.com. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-427-4788.



Atención alternativa

Aproveche hasta \$500 por año en servicios de atención alternativa, como servicios quiroprácticos de rutina, acupuntura y servicios de naturopatía.

Motivos para elegir Summit Health

Encuentre el plan de Medicare que sea adecuado para usted

Para que pueda seguir trabajando duro por los demás, es importante que encuentre un plan Medicare Advantage que haga lo mismo por usted. Puede elegir entre los cuatro planes que ofrecemos:

- Summit Health Core (HMO-POS)**
- Summit Health Value + Rx (HMO)**
- Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)**
- Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)**

- \$0 de deducible médico.
- \$0 de copago para servicios dentales preventivos más un monto combinado de \$750 para otros servicios dentales con los planes Summit Health Core y Summit Health Value + Rx; o un monto combinado de \$1,000 con los planes Summit Health Standard + Rx y Summit Health Premier + Rx.
- \$0 de copago para exámenes de rutina de la audición y la vista.
- \$0 de copago para el beneficio de gimnasio.

Compare lado a lado las opciones de su plan en las siguientes páginas o en el Resumen de beneficios para 2023. Este documento es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por los planes Medicare Advantage de Summit Health, del 1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

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

La información sobre los beneficios que se brinda no abarca todos los servicios que cubrimos, ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Para consultar una lista completa de los servicios cubiertos, solicite la Evidencia de cobertura.

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Summit, debe reunir los requisitos para 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 Oregón: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.

Si usa proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Para averiguar la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual Medicare y usted. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://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, como letra grande, o en español.



Beneficios médicos

Es posible que los planes brinden beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y 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	\$19		\$59		\$89		\$139	
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
Desembolso máximo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$4,990	\$4,990 Combinados dentro y fuera de la red	\$6,990	No corresponde.	\$5,880	\$8,990 Combinados dentro y fuera de la red	\$4,850	\$7,990 Combinados dentro y fuera de la red
Cobertura para pacientes hospitalizados <i>(Copago del día 1 al 5; es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura.	\$350	50 %	\$325	30 %
Cobertura para pacientes ambulatorios (observación) <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura.	\$350	50 %	\$325	30 %
Centro quirúrgico ambulatorio <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura.	\$350	50 %	\$325	30 %
Cirugía ambulatoria <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura.	\$350	50 %	\$325	30 %
Visitas al médico Proveedor de atención primaria <i>(PCP)</i>	\$10	30 %	\$0	Sin cobertura.	\$0	50 %	\$0	30 %
Especialistas	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Atención preventiva	\$0	30 %	\$0	Sin cobertura.	\$0	50 %	\$0	30 %
Atención médica de emergencia	\$95		\$95		\$95		\$95	
Servicios de urgencia	\$35		\$40		\$35		\$35	
Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y estudios por imágenes <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>								
Servicios de radiología de diagnóstico <i>(p. ej., MRI y CT)</i>	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura.	20 %	50 %	20 %	30 %
Servicios de laboratorio	\$5	30 %	\$6	Sin cobertura.	\$5	50 %	\$5	30 %
Radiografías para pacientes ambulatorios	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura.	20 %	50 %	20 %	30 %

Beneficios médicos (continuación)

	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 auditivos								
Exámenes para diagnosticar y tratar afecciones auditivas y del equilibrio	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Examen de rutina de la audición para audífonos	\$0	Sin cobertura.	\$0	Sin cobertura.	\$0	Sin cobertura.	\$0	Sin cobertura.
Audífonos (Copago por cada uno)	\$699/\$999	Sin cobertura.	\$699/\$999	Sin cobertura.	\$599-\$899	Sin cobertura.	\$599-\$899	Sin cobertura.
Servicios dentales								
Cubiertos por Medicare.	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Servicios dentales preventivos e integrales (Se combina el monto permitido total para los servicios dentro y fuera de la red)	\$0 para servicios preventivos 20 % para servicios integrales Monto permitido de \$750	50 % hasta un monto permitido de \$750	\$0 para servicios preventivos 20 % para servicios integrales Monto permitido de \$750	50 % hasta un monto permitido de \$750	\$0 para servicios preventivos 20 % para servicios integrales Monto permitido de \$1,000	50 % hasta un monto permitido de \$1,000	\$0 para servicios preventivos 20 % para servicios integrales Monto permitido de \$1,000	50 % hasta un monto permitido de \$1,000
Servicios oftalmológicos								
Examen de la vista (cubierto por Medicare)	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Servicios oftalmológicos de rutina (Examen anual y anteojos cada 2 años)	\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	50 %
Atención alternativa								
Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico (cubierto por Medicare)	\$10 (para un PCP) \$35 (para un especialista)		\$0 (para un PCP) \$40 (para un especialista)		\$0 (para un PCP) \$35 (para un especialista)		\$0 (para un PCP) \$35 (para un especialista)	
Servicios quiroprácticos (manipulación vertebral para corregir la subluxación cubierta por Medicare)	\$20	30 %	\$20	Sin cobertura.	\$20	50 %	\$20	30 %
Otra atención alternativa (El beneficio complementario integral incluye servicios quiroprácticos, acupuntura y servicios de naturopatía hasta un monto permitido combinado de \$500)	50 % Monto permitido de \$500	50 %	50 % Monto permitido de \$500	50 %	50 % Monto permitido de \$500	50 %	50 % Monto permitido de \$500	50 %



Beneficios médicos (continuación)

	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 adicionales								
Servicios de salud mental	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Centro de enfermería especializada (SNF) (Copago del día 21 al 100; es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$175	30 %	\$185	Sin cobertura.	\$175	50 %	\$170	30 %
Fisioterapia	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura.	\$35	50 %	\$35	30 %
Servicios de ambulancia (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$300		\$325		\$300		\$275	
Transporte	Sin cobertura.		Sin cobertura.		Sin cobertura.		Sin cobertura.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura.	20 %	50 %	20 %	30 %
Equipo médico duradero (DME)	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura.	20 %	50 %	20 %	30 %
Suministros para el control de la diabetes (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$0-20 %	30 %	\$0-20 %	Sin cobertura.	\$0-20 %	50 %	\$0-20 %	30 %
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios								
Deducible de medicamentos con receta			\$235 (exento en los niveles 1, 2 y 7)		\$185 (exento en los niveles 1, 2 y 7)		\$135 (exento en los niveles 1, 2 y 7)	
Etapas de cobertura inicial			Suministro para 30 días	Suministro para 90 días en farmacia minorista y con servicios por correo	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días en farmacia minorista y con servicios por correo	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días en farmacia minorista y con servicios por correo
Nivel 1 (genérico preferido)			\$4	\$10	\$4	\$10	\$4	\$10
Nivel 2 (genérico)			\$10	\$25	\$10	\$25	\$10	\$25
Nivel 3 (de marca preferido)			\$45	\$113	\$45	\$113	\$45	\$113
Nivel 4 (de marca no preferido)			\$100	\$250	\$100	\$250	\$100	\$250
Nivel 5 (de especialidad preferido)			24 %	No corresponde.	25 %	No corresponde.	25 %	No corresponde.
Nivel 6 (de especialidad)			29 %	No corresponde.	30 %	No corresponde.	30 %	No corresponde.
Nivel 7 (vacuna)			\$0	No corresponde.	\$0	No corresponde.	\$0	No corresponde.



Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame a Servicios al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté, incluso si no ha pagado el deducible.

Los costos compartidos cambian cuando ingresa a otra etapa del beneficio de la Parte D.

Usted comienza en la etapa de deducible cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, paga el costo total de los medicamentos hasta que haya pagado el deducible de la Parte D (no se aplica en los niveles 1, 2 y 7) de los medicamentos. Los costos compartidos son los mismos cuando se reciben a través de una red al por menor, pedidos por correo, farmacias que brinden infusión en el hogar y centros de cuidado a largo plazo en los que resida. Puede obtener un suministro de medicamentos de hasta 31 días de una farmacia fuera de la red, pero pagará más que en una farmacia dentro de la red.

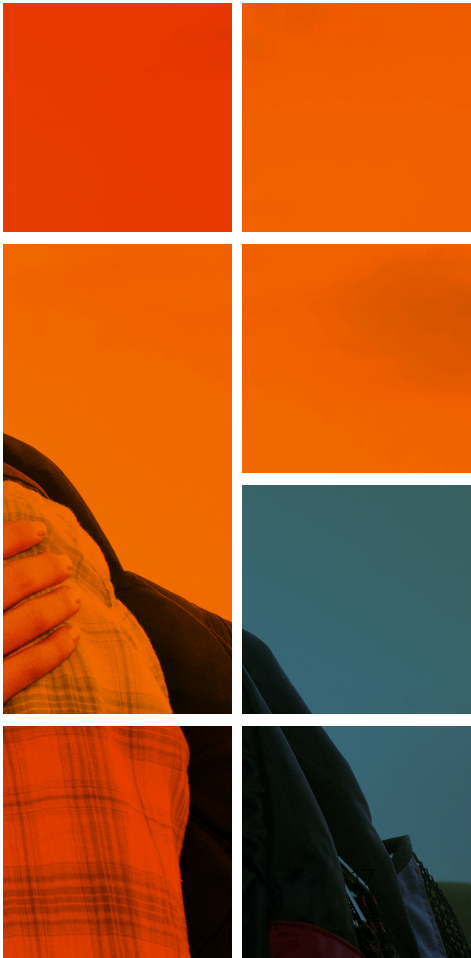
Durante la etapa sin cobertura, paga el 25 % del costo de medicamentos genéricos o de marca. Durante la etapa de cobertura catastrófica, paga el monto mayor entre el 5 % o \$4,15 de copago por medicamentos genéricos y \$10,35 de copago por todos los demás medicamentos.

Para obtener más información sobre las distintas etapas, consulte la Evidencia de cobertura en línea en yoursummithealth.com. O bien, llame a Servicios 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, del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Acción de Gracias y Navidad. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados.)

Información adicional

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicios al Cliente al 1-844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, visite www.yoursummithealth.com.

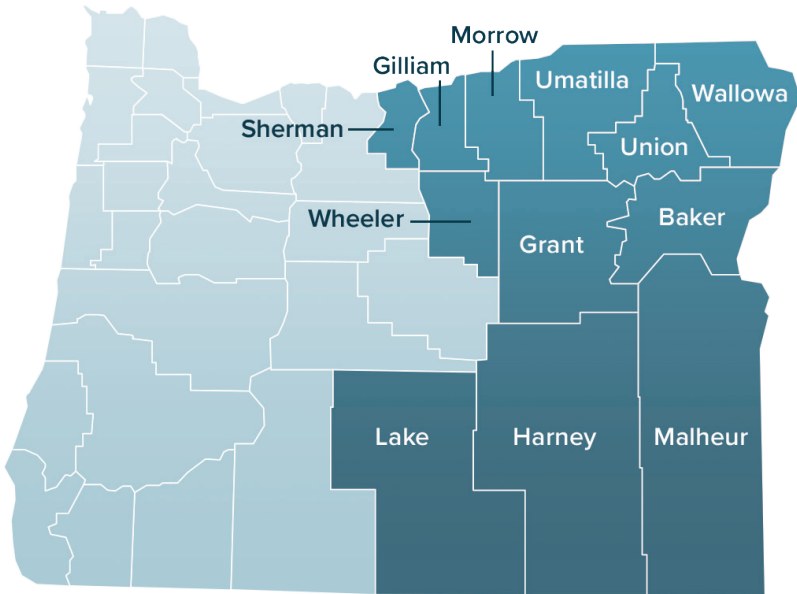
Nuestro equipo de Servicio al Cliente está disponible de lunes a domingo de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Navidad y Acción de Gracias. Después del 31 de marzo, los fines de semana y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados.



Área de servicio y requisitos de elegibilidad:

Los planes Medicare Advantage de Summit Health son planes HMO que tienen un contrato con Medicare. Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Summit Health, debe reunir los requisitos para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. El área de servicio del plan HMO de Summit Health incluye los siguientes condados del este de Oregón: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler.

Los proveedores fuera de la red y no contratados no están obligados a atender a los miembros del plan Medicare Advantage de Summit Health, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red, llame al número de Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura.



Cómo obtener materiales adicionales

Puede buscar nuestro directorio de proveedores y farmacias en línea haciendo clic en el enlace “Encontrar un proveedor” (Find a provider) en nuestro sitio web: yoursummithealth.com. O bien, llámenos y le enviaremos una copia de dicho directorio. Para consultar los medicamentos cubiertos por los planes Medicare Advantage de Summit Health, busque el formulario en nuestro sitio web: yoursummithealth.com. O bien, llámenos y le enviaremos una copia de dicho formulario.



Prima para Subsidio por Ingresos Bajos

Summit Health Value + Rx (HMO)
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)

Prima mensual del plan para las personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta, la prima mensual del plan será inferior a la que tendría si no recibiera este tipo de ayuda. El monto de la ayuda adicional que reciba determinará cuál será la prima mensual del plan como miembro de este.

En la siguiente tabla se indica cuál será la prima mensual del plan si recibe Ayuda Adicional.

Su nivel de ayuda adicional	Prima mensual para Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002*	Prima mensual para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003*	Prima mensual para Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004*
100 %	\$18.00	\$48.00	\$98.00
75 %	\$28.20	\$58.20	\$108.20
50 %	\$38.50	\$68.50	\$118.50
25 %	\$48.70	\$78.70	\$128.70

**Esto no incluye primas de la Parte B de Medicare que quizá tenga que pagar.*

Summit Health Value + Rx (HMO), Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) y Summit Health Premier + Rx (HMO-POS): las primas incluyen la cobertura de servicios médicos y para medicamentos con receta.

Si no recibe Ayuda Adicional, puede averiguar si reúne los requisitos para recibirla llamando a los siguientes números o lugares:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; disponible las 24 horas del días, los 7 días de la semana.
- La Oficina de Medicaid de su Estado.
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778, de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

Comuníquese con el nuestro equipo de Servicios al Cliente al 844-827-2355 (TTY: 711). Nuestro equipo de Servicio al Cliente está disponible de lunes a domingo de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Navidad y Acción de Gracias. Después del 31 de marzo, los fines de semana y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados.

Summit Health Plan, Inc. es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.

Lista de verificación antes de la inscripción

Planes de Medicare Advantage de Summit Health

Es importante que comprenda bien nuestros beneficios y reglas antes de tomar una decisión sobre su inscripción. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con un representante de Servicio al Cliente al 844-827-2355.

Beneficios

- ☐ En la Evidencia de cobertura (EOC) se presenta una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Le sugerimos revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite YourSummitHealth.com o llame al 844-827-2355 para consultar la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para confirmar que los médicos que lo atienden forman parte de la red. Si un médico no aparece en la lista, es posible que deba elegir otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para confirmar que la farmacia en la que obtiene sus medicamentos recetados forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es posible que deba elegir otra farmacia para obtener sus medicamentos recetados.
- ☐ Revise el formulario para confirmar que sus medicamentos están cubiertos.

Reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque de Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.
- ☐ Por lo general, un plan HMO no cubre los servicios prestados por proveedores fuera de la red. En el caso de los planes HMO-POS, usted puede acceder a proveedores fuera de la red para obtener algunos de los servicios cubiertos. Si bien pagaremos algunos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar brindarle atención. Salvo en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Por otra parte, pagará un copago/coseguro más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

¿Cómo me inscribo?

Siga leyendo para obtener información. Recuerde: estamos aquí para ayudarle. Si necesita asistencia, llámenos al 1-844-931-1782. Elija y complete la solicitud del plan que quiera. Encontrará adjuntos los formularios de solicitud. También puede inscribirse en línea en YourSummitHealth.com.

Escanee la solicitud completa y luego envíela por fax o correo postal:

Fax: 1-833-949-1891

Correo postal: Summit Health Plan, Inc.

Attn: Medicare Membership Accounting
601 SW 2nd Ave
Portland, OR 97204-9748

Si quiere recibir ayuda, podemos trabajar con usted para encontrar un agente o corredor contratado de Summit Health que esté cerca. También puede inscribirse en www.yoursummithealth.com. Guarde una copia de la solicitud para sus registros.

¿Qué ocurre luego de que se inscriba?

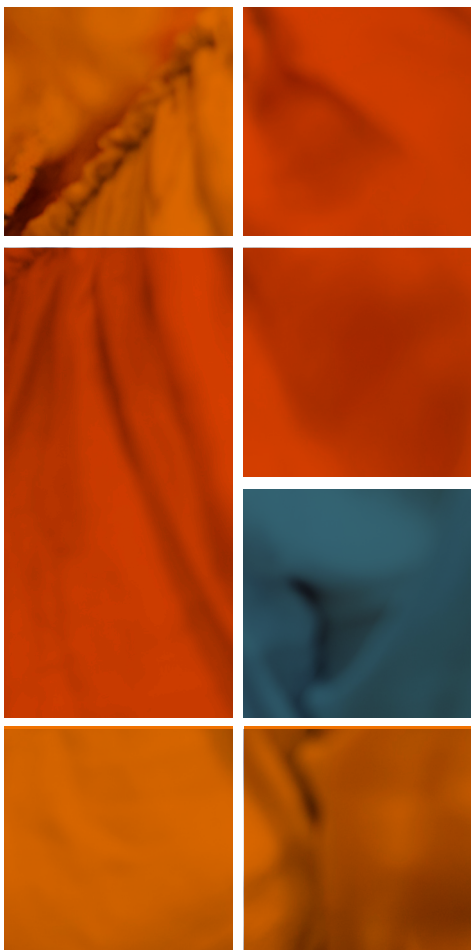
1. Recibirá una carta por correo en la cual se reconoce que está inscrito en nuestro plan.
2. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro y un paquete de bienvenida.
3. También recibirá una llamada de bienvenida de Summit Health para asegurar que haya recibido y entendido la información y los beneficios del plan.
4. Le recomendamos que cree una cuenta en su “Panel para miembros” (Member Dashboard). Allí podrá obtener acceso a sus reclamos, los beneficios adicionales y los descuentos por ser miembro de Summit Health. También puede ver nuestro seminario web para entender su cobertura de salud y aprovechar al máximo sus beneficios para 2023.



Herramientas para su recorrido de salud

Todos los planes tienen programas, equipos de atención, herramientas y recursos que están diseñados para ayudarlo a administrar su bienestar. A través del Panel para miembros, puede hacer lo siguiente: buscar dentistas o farmacias; recibir asesoramiento médico de profesionales de la salud; trabajar con asesores de salud; comparar precios de medicamentos; consultar la Explicación de beneficios y mucho más.

Cuando sea miembro activo, use estos recursos de atención que lo ayudarán a estar mejor más rápido y a mantenerse saludable más tiempo. Para comenzar, solo debe iniciar sesión en el Panel para miembros en yoursummithealth.com.



Verificación de precios de medicamentos con receta

Consulte los costos de los medicamentos con receta y averigüe cuánto pagaría según el nivel de medicamentos en una farmacia de la red.

Con esta herramienta es muy fácil. Para buscar estimaciones de costos de medicamentos y opciones genéricas, solo debe iniciar sesión en el Panel para miembros en www.yoursummithealth.com.



Ayuda para dejar de fumar

Brindamos cobertura para 2 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar o masticar tabaco cada 12 meses. Cada asesoramiento incluye hasta 4 visitas presenciales.

Si consume tabaco, pero no tiene síntomas de una enfermedad relacionada con este, no hay ningún coseguro, copago o deducible para los beneficios de prevención cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Si lo consume y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con este o toma un medicamento que se pueda ver afectado por el tabaco, pagará el costo compartido aplicable para pacientes hospitalizados o ambulatorios.



Coordinación de la atención y administración de casos

Si está enfermo, tiene que ir al hospital, necesita una intervención quirúrgica o se ha lesionado gravemente, le brindaremos apoyo para que pueda concentrarse en curarse.

Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- Entender y usar todos sus beneficios.
- Explorar el sistema de atención de salud.
- Comunicarse con sus proveedores.
- Coordinar la atención indicada por su proveedor.
- Encontrar recursos comunitarios.



Asesoramiento de salud

¿Necesita ayuda para administrar su salud? Nuestros asesores de salud utilizan prácticas basadas en la evidencia para ayudarlo a establecer objetivos y a sentirse lo mejor posible.



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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-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 Arzneimittelpplan. 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 844-827-2355فوري، 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 Italianovi 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ございます。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。

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo.

Comuníquese con un agente de Summit Health o llámenos al 844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro equipo de Servicio al Cliente está disponible de lunes a domingo de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), 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 nuestro sistema telefónico automatizado).



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

YourSummitHealth.com



Planes de Medicare Advantage de Summit Health

Formulario de elección de inscripción individual

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tengan Medicare y que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe reunir los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en dicho país;
- vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener estos dos planes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Únase a un plan en los siguientes momentos:

- del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (la cobertura comenzará el 1.º de enero);
- en un plazo de 3 meses luego de acceder a Medicare;
- en determinadas situaciones en las que puede unirse a un plan o cambiarlo por otro.

Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- su número de Medicare (el número que figura en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul);
- su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar toda la información a menos que hacerlo sea opcional. Si un dato figura como opcional, no se le podrá negar la cobertura por no haberlo completado.

Recordatorios:

- Si quiere unirse a un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completo antes del 7 de diciembre.

- El plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede elegir que el pago de la prima se descuenta de su cuenta bancaria o del beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe el formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Summit Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Membership Accounting
601 SW 2nd Ave
Portland, OR 97204-9748

Cuando hayan procesado su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Medicare Advantage de Summit Health al 844-931-1782. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Summit Health Medicare Advantage al 844-931-1782/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si quiere unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como dirección permanente lo siguiente: un apartado de correos, la dirección de un refugio o una clínica, o una dirección para recibir correo postal (como cheques de Seguro Social).

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, no se requiere que las personas respondan a un pedido de información a menos que figure un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para este fin es 0938-1378. Se calcula que, en promedio, toma 20 minutos responder cada pregunta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, hacer búsquedas en recursos existentes de datos, recopilar los datos necesarios, además de completar y revisar toda la información. Si tiene comentarios con respecto a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún elemento que contenga su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes conforme a la PRA. Cualquier elemento que recibamos que no tenga que ver con la mejora de este formulario o la carga de la recopilación (establecida bajo el número 0938-1378 de la OMB) será destruida. No se guardará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Cuál es el siguiente paso?" más arriba para enviar el formulario completo al plan.



Planes de Medicare Advantage de Summit Health

Formulario de elección de inscripción individual

Summit Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Membership Accounting
601 SW 2nd Ave | Portland, OR 97204-9748
541-663-2721 | 844-827-2355
TTY: 711 | Fax: 833-949-1891

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Summit Health, debe proporcionar la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Summit Health Core (HMO-POS)
\$19.00 por mes
H2765-001
<i>Este plan no incluye la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.</i> | ☐ Summit Health Value + Rx (HMO)
\$59.00 por mes
H2765-002 | ☐ Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)
\$89.00 por mes
H2765-003 | ☐ Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)
\$139.00 por mes
H2765-004 |
|---|---|--|--|

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)
----------	--------	---------------------------------------

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____	Sexo ☐ M ☐ F	Número de teléfono fijo (_____) _____	Número de teléfono alternativo (opcional) (_____) _____
--	---	--	--

Dirección de residencia permanente (no se permite apartado de correos)

Ciudad	Condado (opcional)	Estado	Código postal
--------	--------------------	--------	---------------

Dirección de correo postal (solo si difiere de la dirección de residencia permanente)

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional):

Proporcione la información del seguro de Medicare.

Número de Medicare: ____-____-____

Fecha de entrada en vigor del seguro hospitalario (Parte A) (opcional): _____

Fecha de entrada en vigor del seguro médico (Parte B) (opcional): _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de medicamentos con receta (Parte D) (opcional): _____

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

Cómo pagar la prima del plan (opcional; puede decidirlo ahora o después.)

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que pueda tener actualmente) por correo postal, eBill o transferencia electrónica de fondos todos los meses. También puede optar por pagar la prima mediante el descuento automático mensual del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Si tiene que pagar la Parte D (Ajuste Mensual según el Ingreso; Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional más la prima del plan. En general, el monto se descuenta del beneficio del Seguro Social. También es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). **No** le pague el monto de la Parte D-IRMAA a Summit Health Plan, Inc.

Si no selecciona una opción de pago ahora, recibirá la factura todos los meses.

Elija una opción de pago para la prima:

☐ Factura mensual

☐ Transferencia electrónica de fondos mensual de su cuenta bancaria
Adjunte un cheque anulado o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número bancario de ruta: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ Ahorro

☐ eBill, pago
de prima en línea

eBill es una herramienta de pago de prima en línea. Cuando reciba su número de identificación de miembro de Summit Health, visite yoursummithealth.com y cree su "Panel para miembros" (Member Dashboard). Luego, haga clic en la pestaña de eBill para ver y pagar la prima mensual.

☐ Descuento automático del cheque del beneficio mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ el Seguro Social ☐ la RRB

(Es posible que la prima se empiece a descontar del beneficio del Seguro Social o la RRB al menos 2 meses después de que uno de estos apruebe dicha operación. La forma de cobrar la prima durante los meses previos al comienzo de la retención depende del momento en que se haya recibido su solicitud y de la fecha de entrada en vigor de la inscripción. En algunos casos, el Seguro Social o la RRB descuentan dichos montos una vez que comienza la retención. Es importante tener en cuenta que esto implica que se puede deducir la prima de varios meses de un solo cheque de beneficios. En otros casos, recibirá facturas en papel y será responsable de pagarnos directamente a nosotros los meses previos al comienzo de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban la solicitud de deducción automática, le enviaremos regularmente facturas en papel para las primas mensuales.)

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura, incluido un seguro privado, TRICARE, beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura además de un plan Medicare Advantage de Summit Health?

☐ Sí. ☐ No. Si la respuesta es "Sí", indique cuáles son las otras coberturas y los respectivos números de identificación de miembro.

Nombre de otra cobertura: _____

Número de miembro de esta cobertura: _____

Número de grupo de esta cobertura: _____

Marque todo lo que corresponda:

☐ Médica. ☐ Para medicamentos con receta

☐ Dental. ☐ De la vista.

2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su Estado? (Opcional) ☐ Sí. ☐ No.

Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: _____

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? (Opcional) ☐ Sí. ☐ No.

Elija el nombre de un proveedor de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud (opcional):

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda (opcional):

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español. ☐ Sí, puertorriqueño.
☐ Sí, soy de otro origen hispano, latino o español. ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano o chicano.
☐ Sí, cubano. ☐ Elijo no responder.

¿De qué raza es? Seleccione todo lo que corresponda (opcional):

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska. ☐ Chino. ☐ Japonés. ☐ Asiático de otro país. ☐ Vietnamita.
☐ Indígena asiático. ☐ Filipino. ☐ Coreano. ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco. ☐ Negro o afroamericano.
☐ Guameño o chamorro. ☐ Nativo de Hawái. ☐ Samoano. ☐ Elijo no responder.

Marque uno de los casilleros más abajo si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible (opcional): ☐ LETRA GRANDE. ☐ Español. ☐ Braille. ☐ CD de audio.

Si necesita que la información esté en un formato accesible o en otro idioma, comuníquese con Medicare Advantage de Summit Health al 844-827-2355. El Servicio al Cliente está disponible de lunes a domingo de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), 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 nuestro sistema telefónico automatizado).

IMPORTANTE: Lea y firme lo siguiente:

- Para permanecer en un plan de Medicare Advantage de Summit Health, debo conservar la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) de Medicare.
- Al unirme a este plan de Medicare Advantage (MA), entiendo que Medicare Advantage de Summit Health compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y otros fines permitidos por la ley federal por los cuales se autorice la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo).
- Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, si no lo hace, su inscripción en el plan podría verse afectada.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan de MA a la vez, y que al inscribirme en dicho plan, finalizaré automáticamente la inscripción en otro plan de MA (a menos que correspondan las excepciones para planes PFFS y MSA de MA).
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de forma intencional en este formulario, se cancelará la inscripción en el plan.
- Entiendo que cuando comience la cobertura de Medicare Advantage de Summit Health, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta a través de dicho plan. Se cubrirán los beneficios y servicios brindados por Medicare Advantage de Summit Health y descritos en la *Evidencia de Cobertura* (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de dicho plan. Ni Medicare ni Medicare Advantage de Summit Health pagarán beneficios o servicios que no tengan cobertura.
- Entiendo que mi firma (o la de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de la misma. Si la firma es de un representante autorizado (según se indica anteriormente), dicha firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por las leyes estatales a completar esta inscripción;
 - 2) La documentación de dicha autoridad está disponible bajo petición de Medicare.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si usted es el representante autorizado, firme y brinde la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Relación con la persona inscrita: _____

Para uso exclusivo en la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si asistió durante la inscripción): _____

Núm. de identificación del plan: _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura: ____ / ____ / ____

Período de Elección de Cobertura Inicial (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de inscripción anual (AEP): _____ Período de inscripción especial (tipo): _____

No elegible: _____

Si usted es un agente contratado por Summit Health Plan, Inc., debe brindar la siguiente información:

Agencia: _____ Fecha en que el agente recibió el formulario de inscripción: ____ / ____ / ____

☐ Ingreso de inscripción telefónica por parte de: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y controlar los pagos de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de beneficiarios de Medicare según se estipula en la Notificación del sistema de registros (SORN): Medicamentos con receta de Medicare Advantage (núm. de sistema 09-70-0588).

Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, si no lo hace, su inscripción en el plan podría verse afectada.



Medicare Advantage de Summit Health

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

En general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle que se inscriba en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque el casillero si dicho enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que está información es incorrecta, se podrá cancelar su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (OEP de MA).
- ☐ Estoy realizando la inscripción durante el Período de Elección Anual (AEP), que ocurre del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Fui liberado de la prisión recientemente. Fui liberado el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de dicho país. Regresé a los EE. UU. el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve dicho estatus el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Mi plan de Medicaid se modificó recientemente (soy nuevo en Medicaid, se cambió el nivel de asistencia de Medicaid o dejé de tener Medicaid). El cambio se produjo el (ingrese la fecha de entrada en vigor del cambio) ____ / ____ / ____.
- ☐ Recientemente se produjo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (soy nuevo en Ayuda Adicional, se cambió el nivel de Ayuda Adicional o dejé de tener Ayuda Adicional). El cambio se produjo el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi Estado ayuda a pagar las primas de Medicare), o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no se realizó ningún cambio.
- ☐ Me mudé a un centro de atención a largo plazo, vivo allí o recientemente me mudé fuera de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro o fuera de este el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Recientemente dejé de estar en un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE). Esto ocurrió el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Recientemente perdí de forma involuntaria la cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura similar a la de Medicare). Perdí la cobertura para medicamentos el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Dejaré de tener la cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi Estado.
- ☐ Mi plan dejará de tener contrato con Medicare el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Medicare dejará de tener contrato con mi plan el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi Estado) y quiero elegir otro plan. La inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en el plan. La inscripción en el SNP se canceló el (ingrese la fecha) ____ / ____ / ____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o catástrofe grave, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una agencia del gobierno federal, estatal o local. Otro de los enunciados aquí mencionados se aplica a mí, pero no pude solicitar la inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o no está seguro, llame a Medicare Advantage de Summit Health al 844-827-2355 para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.