



Estimado miembro de Medicare Advantage de Summit Health,

Para realizar un cambio en el plan de Medicare Advantage que tiene con Summit Health Plan, Inc., complete el formulario de selección de plan que se adjunta. Marque el plan que quiere, complete el formulario, firmelo y envíelo por correo.

Puede cambiar de plan de salud solo en ciertos momentos durante el año. Del 15 de octubre al 7 de diciembre, puede inscribirse, cambiar o cancelar un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan de Medicare Advantage (excepto un plan MSA) puede cambiar de plan o volver a Medicare Original e inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. Por lo general, no puede realizar cambios en otros momentos, excepto en determinadas situaciones; por ejemplo, si se muda fuera del área de servicio de su plan, quiere inscribirse en un plan en su área con una calificación de 5 estrellas, o si cumple los requisitos (o deja de hacerlo) para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados.

Si elige nuestro plan cuando se inscribe por primera vez en Medicare, puede cambiarse a otro o acceder a Medicare Original e inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. Si no está satisfecho por haber elegido nuestro plan, puede hacer un cambio durante los primeros 3 meses que tenga Medicare.

Si selecciona otro plan y recibimos un formulario de selección completo antes de fin de mes, su nuevo plan de beneficios comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre y recibimos este formulario de cambio de plan antes del 7 de diciembre, su plan entrará en vigor el 1.º de enero del año siguiente. La prima mensual de su plan se indica debajo del plan que seleccionó en el formulario de cambio de plan y puede continuar consultando a cualquier médico de atención primaria y especialista del plan de Summit Health.

Complete el formulario que se adjunta solo si quiere cambiar de plan.

Revise los resúmenes de beneficios en el formulario de selección de plan o consulte nuestro Resumen de beneficios para 2023 para conocer los planes disponibles en su condado y obtener información que lo ayudará a tomar una decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios al Cliente al 844-827-2355, de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a domingo entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, excepto en Acción de Gracias y Navidad. (Después del 31 de marzo, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## Formulario de selección de plan de Medicare Advantage

Fecha
Nombre del miembro
Número del miembro

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	Condado (opcional)	Estado	Código postal

Quiero pasar de mi plan actual al plan que seleccioné a continuación. Entiendo que, si este formulario se recibe antes de fin de mes, mi nuevo plan entrará en vigor el 1.er día del mes siguiente.

Marque la casilla correspondiente a continuación:

### Detalles del plan

(Los montos de todos los costos compartidos que se enumeran corresponden a los servicios que se prestan dentro de la red)

#### Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001: Este plan no incluye la Parte D de Medicare

Este plan solo está disponible para los miembros con residencia en los condados de Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler en Oregon.

Prima mensual: \$19	Copago por hospitalización: \$350/día del 1.er al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Gastos máximos de bolsillo: \$4,990	Copago por visita a sala de emergencias: \$95
Copago por visita de atención primaria: \$10	Equipo médico duradero: 20 %
Copago por visita a especialista: \$35	

#### Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002

Este plan solo está disponible para los miembros con residencia en los condados de Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler en Oregon.

Prima mensual: \$59	Copago por hospitalización: \$374/día del 1.er al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Gastos máximos de bolsillo: \$6,990	Copago por visita a sala de emergencias: \$95
Copago por visita de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero: 20 %
Copago por visita a especialista: \$40	

#### Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003

Este plan solo está disponible para los miembros con residencia en los condados de Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler en Oregon.

Prima mensual: \$89	Copago por hospitalización: \$350/día del 1.er al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Gastos máximos de bolsillo: \$5,880	Copago por visita a sala de emergencias: \$95
Copago por visita de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero: 20 %
Copago por visita a especialista: \$35	

#### Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004

Este plan solo está disponible para los miembros con residencia en los condados de Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler en Oregon.

Prima mensual: \$139	Copago por hospitalización: \$325/día del 1.er al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Gastos máximos de bolsillo: \$4,850	Copago por visita a sala de emergencias: \$95
Copago por visita de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero: 20 %
Copago por visita a especialista: \$35	

## Cómo pagar la prima del plan

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

Las personas con ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Además, aquellos que cumplen los requisitos no estarán sujetos a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para acceder a estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre la Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 877-486-2048.

Si cumple los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan que corresponda a este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.

### Elija una opción de pago para la prima:

Sin cambios en el método de pago actual  Recibir una factura mensual

Transferencia electrónica de fondos mensual desde su cuenta bancaria

Proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Corriente  Ahorro

eBill, pago de primas en línea

*eBill es una herramienta de pago de primas en línea. Cuando reciba su número de identificación de miembro de Summit Health, visite [yoursummithealth.com](http://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 mensual del cheque del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  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.)*

¿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, soy mexicano, mexicano-americano o chicano.  
 Sí, soy 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.  Asiático.  Indio.  Filipino.  Coreano.  Otro 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:  LETRA GRANDE  En español

Si necesita que la información esté en un formato accesible o en otro idioma, comuníquese con Summit Health al 844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Departamento de Servicios 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, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado los sábados, domingos y festivos).

### Lea y firme lo siguiente

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Si usted es el representante autorizado, debe firmar y brindar la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Envíelo por correo postal a:

Summit Health Plan, Inc.

Attn: Medicare Membership Accounting

601 SW 2nd Ave

Portland, OR 97204-9748

Fax: 833-949-1891

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): \_\_\_\_\_ Tipo de período de inscripción especial (SEP): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_