



SUMMIT
HEALTH

Medicare Advantage de Summit Health

Resumen de beneficios de 2023

Resumen de beneficios de 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 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 que se brinda sobre los beneficios 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 (EOC).

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) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Para obtener más información, llame al 844-827-2355 (los usuarios TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web yoursummithealth.com. Puede comunicarse de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Día de Acción de Gracias y Navidad. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados).





Beneficios médicos

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002	
Prima mensual	\$19		\$59	
Deducible médico	\$0		\$0	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Responsabilidad de desembolso máximo <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>	\$4,990	\$4,990 Combinados dentro y fuera de la red	\$6,990	No corresponde.
Cobertura para pacientes hospitalizados <i>(Copago por día del 1 al 5) (Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura
Cobertura para pacientes ambulatorios (observación) <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura
Centro quirúrgico ambulatorio/ cirugía para pacientes ambulatorios <i>(Es posible que se apliquen reglas de autorización)</i>	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura
Visitas al médico Proveedor de atención primaria <i>(PCP)</i>	\$10	30 %	\$0	Sin cobertura
Especialistas	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Atención preventiva	\$0	30 %	\$0	Sin cobertura
Atención médica de emergencia	\$95		\$95	
Servicios de urgencia	\$35		\$40	

Es posible que los planes brinden beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
\$89		\$139	
\$0		\$0	
Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
\$5,880	\$8,990 Combinados dentro y fuera de la red	\$4,850	\$7,990 Combinados dentro y fuera de la red
\$350	50 %	\$325	30 %
\$350	50 %	\$325	30 %
\$350	50 %	\$325	30 %
\$0	50 %	\$0	30 %
\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	50 %	\$0	30 %
\$95		\$95	
\$35		\$35	



Beneficios médicos (continuación)

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de pruebas de laboratorio, diagnóstico y estudios por imágenes (Es posible que se c				
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., MRI y TC)	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura
Servicios de laboratorio	\$5	30 %	\$6	Sin cobertura
Radiografías para pacientes ambulatorios	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura
Servicios auditivos				
Exámenes para diagnosticar y tratar afecciones auditivas y del equilibrio	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Examen de rutina de la audición para audífonos	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Audífonos (Copago por cada uno)	\$699-\$999	Sin cobertura	\$699-\$999	Sin cobertura
Servicios dentales				
Cubiertos por Medicare.	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Servicios dentales preventivos e integrales (Se combina el monto permitido total para los servicios dentro y fuera de la red)	\$0 para servicios preventivos Monto permitido de \$750 20 % para servicios integrales	50 % hasta un monto permitido de \$750	\$0 para servicios preventivos Monto permitido de \$750 20 % para servicios integrales	50 % hasta un monto permitido de \$750
Servicios oftalmológicos				
Servicios médicos oftalmológicos (cubiertos por Medicare)	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Servicios oftalmológicos de rutina (examen anual y lentes cada 2 años)	\$0	50 %	\$0	50 %



Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
apliquen reglas de autorización)			
20 %	50 %	20 %	30 %
\$5	50 %	\$5	30 %
20 %	50 %	20 %	30 %
\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
\$599-\$899	Sin cobertura	\$599-\$899	Sin cobertura
\$35	50 %	\$35	30 %
\$0 para servicios preventivos Monto permitido de \$1,000 20 % para servicios integrales	50 % hasta un monto permitido de \$1,000	\$0 para servicios preventivos Monto permitido de \$1,000 20 % para servicios integrales	50 % hasta un monto permitido de \$1,000
\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	50 %	\$0	50 %

Beneficios médicos (continuación)

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental				
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (terapia individual o de grupo ambulatoria)	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Salud mental para pacientes hospitalizados (Copago por día del 1 al 5) (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$350	30 %	\$374	Sin cobertura
Servicios adicionales				
Centro de enfermería especializada (SNF) (Copago por día del 21 al 100) (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$175	30 %	\$185	Sin cobertura
Fisioterapia	\$35	30 %	\$40	Sin cobertura
Servicios de ambulancia (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$300		\$325	
Transporte	Sin cobertura		Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME) (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	20 %	30 %	20 %	Sin cobertura
Suministros para el control de la diabetes (Es posible que se apliquen reglas de autorización)	\$0-20 %	30 %	\$0-20 %	Sin cobertura
Atención alternativa				
Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico (cubierto por Medicare)	\$10 (para un proveedor de atención primaria) \$35 (para un especialista)		\$0 (para un proveedor de atención primaria) \$40 (para un especialista)	
Servicios de quiropraxia (cubierto por Medicare) (para manipulación vertebral a fin de corregir la subluxación)	\$20	30 %	\$20	Sin cobertura
Servicios alternativos (El beneficio complementario integral incluye servicios de quiropraxia, acupuntura y naturopáticos hasta un monto permitido combinado de \$500)	50 %	50 %	50 %	50 %
	Monto permitido de \$500		Monto permitido de \$500	

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>	<i>Dentro de la red</i>	<i>Fuera de la red</i>
\$35	50 %	\$35	30 %
\$350	50 %	\$325	30 %
\$175	50 %	\$170	30 %
\$35	50 %	\$35	30 %
\$300		\$275	
Sin cobertura		Sin cobertura	
20 %	50 %	20 %	30 %
20 %	50 %	20 %	30 %
\$0-20 %	50 %	\$0-20 %	30 %
\$0 (para un proveedor de atención primaria) \$35 (para un especialista)		\$0 (para un proveedor de atención primaria) \$35 (para un especialista)	
\$20	50 %	\$20	30 %
50 %	50 %	50 %	50 %
Monto permitido de \$500		Monto permitido de \$500	



Beneficios para farmacia

	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001	Summit Health Value + Rx (HMO) H2765-002	
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios			
Deducible de medicamentos con receta	Este plan no incluye la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.	\$235 (exento en los niveles 1, 2 y 7)	
Etapas de cobertura inicial		Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genérico preferido)		\$4	\$10
Nivel 2 (genérico)		\$10	\$25
Nivel 3 (de marca preferido)		\$45	\$113
Nivel 4 (de marca no preferido)		\$100	\$250
Nivel 5 (de especialidad preferido)		24 %	No corresponde.
Nivel 6 (de especialidad)		29 %	No corresponde.
Nivel 7 (vacuna)		\$0	No corresponde.

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003		Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004	
\$185 (exento en los niveles 1, 2 y 7)		\$135 (exento en los niveles 1, 2 y 7)	
Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
\$4	\$10	\$4	\$10
\$10	\$25	\$10	\$25
\$45	\$113	\$45	\$113
\$100	\$250	\$100	\$250
25 %	No corresponde.	25 %	No corresponde.
30 %	No corresponde.	30 %	No corresponde.
\$0	No corresponde.	\$0	No corresponde.



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 (exento 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, desde el 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto en Día de Acción de Gracias y Navidad. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados).

Este plan incluye los siguientes sin costo adicional:

- Acceso a la línea de asesoramiento con personal de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Cuando llame a la línea de asesoramiento con personal de enfermería, puede hablar directamente con una enfermera titulada que le ayudará a responder sus preguntas relacionadas con la salud. Su llamada siempre será confidencial.
- El plan también ofrece visitas de diagnóstico/tratamiento a demanda con médicos certificados por la junta a través de la funcionalidad de mensaje de texto/chat con capacidades opcionales de video interactivo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana







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 panggagamot. 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 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 ouwa 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。



YourSummitHealth.com

.