



Planes Medicare Advantage de Summit Health

Formulario de solicitud de inscripción para 2024

¿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 cuando 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 período 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.

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.

- 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?

Complete el formulario, fírmelo y envíelo mediante una de estas opciones:

1. Correo electrónico (escaneado):
bemc@yoursummithealth.com
2. Fax: 833-949-1891
3. Correo postal: Summit Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Membership
Accounting
601 S.W. 2nd Ave.
Portland, OR 97204-9748

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

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

In English: Call Summit Health Medicare Advantage at 844-931-1782. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a Medicare Advantage de Summit Health al 844-931-1782. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien llame gratis a Medicare al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español. Un representante estará disponible para brindarle ayuda.

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).



Planes Medicare Advantage de Summit Health

Formulario de solicitud de inscripción para 2024

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

844-931-1782

TTY: 711 | Fax: 833-949-1891

Correo electrónico: bemc@yoursummithealth.com

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

Marque el plan en el que quiere inscribirse:

<input type="checkbox"/> Summit Health Core (HMO-POS) \$0 por mes H2765-001 <i>Este plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.</i>	<input type="checkbox"/> Summit Health Value + Rx (HMO-POS) \$0 por mes H2765-002	<input type="checkbox"/> Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) \$80 por mes H2765-003	<input type="checkbox"/> Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) \$170 por mes H2765-004
--	---	---	---

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono* (_____) _____	Número de teléfono alternativo (opcional)* (_____) _____

* Al proporcionar su número de teléfono móvil y cualquier otro número de teléfono futuro, usted da su consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas de nuestra parte con el fin de comunicarle información importante sobre el plan, los beneficios y la atención de salud. Los mensajes de texto no están encriptados y pueden ser leídos por personas no autorizadas. Es posible que se apliquen tarifas de datos y mensajes de texto. Para obtener más detalles, consulte los Términos y Condiciones sobre mensajes de texto (SMS) en nuestro sitio web: yoursummithealth.com/member/member-support-overview/member-rights/sms-terms-and-conditions.

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 recetados (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:

Recibir una factura mensual

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

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente Ahorro

eBill, pago de prima 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 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 dos 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 todas las opciones que correspondan:

- Cobertura médica Cobertura de medicamentos recetados
 Cobertura dental Cobertura de la visión

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):

** Proporcione el nombre y el apellido del PCP.*

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan (opcional):

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

¿A qué grupo étnico pertenece? Seleccione todas las opciones que correspondan (opcional):

- Indígena americano o nativo de Alaska. Chino. Japonés. Otro origen asiático. Vietnamita.
 Asiático indio. Filipino. Coreano. Otras islas 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 844-931-1782 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).

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 de carácter 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, finalizará 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 recetados 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 esta. 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 de hoy: ____ / ____ / _____

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): _____

N.º 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 reúne los requisitos: _____

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 recetados de Medicare Advantage" (MARx), (N.º de sistema 09-70-0588). Responder este formulario es de carácter 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 Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen 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, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta 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 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 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 recetados 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 recetados de Medicare, pero no se realizó ningún cambio.
- Me mudaré 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 recetados (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. Uno 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 844-931-1782 para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.