

2024

# Folleto 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\_109724A\_M

Motivos para elegir Summit Health

# Reciba atención mientras se siente como en su casa

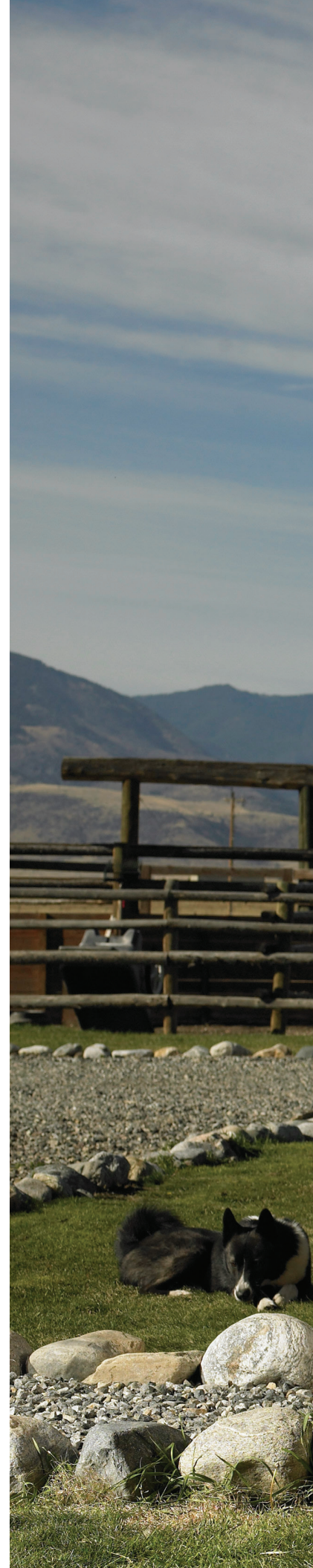
Con nuestros planes Medicare Advantage, podrá elegir entre proveedores de atención de salud, hospitales y especialistas de calidad de la red local. Su plan Medicare Advantage de Summit Health también le permite acceder a nuestros expertos en asesoramiento de la salud y al atento Servicio al Cliente.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





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

# Obtenga más beneficios con Medicare

Summit Health se asocia con médicos y hospitales locales para brindarle una mejor salud a su comunidad. Así, puede ver a 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.

## 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:

 <p><b>Ningún requisito de remisión</b></p>	 <p><b>\$0</b> de deducible médico</p>
 <p><b>\$0</b> de copago para ver a su médico personal</p>	 <p><b>\$0</b> de copago por servicios dentales preventivos con un beneficio máximo total</p>
 <p><b>\$0</b> de copago por el beneficio de acondicionamiento físico</p>	 <p><b>\$0</b> de copago por exámenes de rutina de la audición y la vista</p>
 <p>Fondos trimestrales para artículos de salud y bienestar de venta libre</p>	

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Consulte el *Resumen de beneficios* adjunto y los folletos complementarios para ver información específica sobre los beneficios.



Motivos para elegir Summit Health

## Beneficios adicionales

Cuando elige un plan Medicare Advantage de Summit Health, obtiene más beneficios que con Medicare Original. 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.



### Servicios para la vista

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](http://vsp.com).



### Servicios dentales

Dos visitas preventivas sin costo a través de la red Medicare Advantage de Delta Dental con un beneficio máximo total para todos los servicios dentales de rutina preventivos e integrales.



### Envíe mensajes de texto a los médicos

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 realizar videochats.
- Tranquilizarse, incluso si son las 2 de la madrugada.
- Seguir conversando o hacer seguimientos cuando quiera.



### Servicios para la 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](http://truhearing.com).



### Cobertura de artículos de venta libre

Reciba fondos trimestrales para gastar en artículos de salud y bienestar aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en tiendas participantes. Recibirá una tarjeta de débito con la que puede comprar en tiendas o en línea.

## Motivos para elegir Summit Health



### Suscripción al gimnasio

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

- Acceso a gimnasios participantes.
- 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.

Obtenga más información en [silverandfit.com](http://silverandfit.com).



### Suministro de farmacia para 90 días

Disminuya el riesgo de quedarse sin los medicamentos recetados que necesita abasteciendo suministros para 90 días en una farmacia de la red. Es un ahorro si lo compara con lo que le cuestan los suministros para uno o dos meses.

Y para más comodidad y más ahorro, podemos enviarle los medicamentos a su casa a través de nuestros servicios de farmacia por correo.

El suministro para 90 días y el envío por correo están disponibles para medicamentos que no sean de especialidad y solo con planes que incluyan cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.



### Atención alternativa

Aproveche los servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía incluidos en su plan sin pagar primas extra.





## 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 decidir inscribirse. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con un representante de Servicio al Cliente al 844-827-2355.

### Comprenda sus 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](http://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 atenderán 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.

### Comprenda las 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 2025.
- Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). 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.

### Comprenda cómo afecta a la cobertura actual

Inscribirse en un plan Medicare Advantage puede afectar cualquier otra cobertura que tenga. Por ejemplo:

- Si ahora tiene Medicare Original, inscribirse en un plan Medicare Advantage significa que comenzará a recibir los beneficios del plan Medicare Advantage, aunque debe conservar su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ahora está inscrito en un plan Medicare Advantage, la inscripción en un nuevo plan Medicare Advantage anulará automáticamente la cobertura en el plan actual.

Y pueden darse otras situaciones. Por eso, consulte con el plan actual para que le digan qué efecto tendrá inscribirse en el plan Medicare Advantage.

# ¿Cómo me inscribo?

Siga leyendo para obtener información. Recuerde: estamos aquí para ayudarle. Contáctenos al 844-931-1782 si necesita asistencia. Complete la solicitud para el plan que desee. Se adjuntan los formularios de solicitud. También hay una versión del formulario de inscripción para completar en línea. También puede inscribirse en línea, en [YourSummitHealth.com](http://YourSummitHealth.com).

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

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

Si desea ayuda para inscribirse, llámenos al 844-931-1782. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).

También puede inscribirse en [www.yoursummithealth.com](http://www.yoursummithealth.com).  
Conserve una copia de la solicitud completada a modo de registro.

## ¿Qué ocurre luego de que se inscriba?

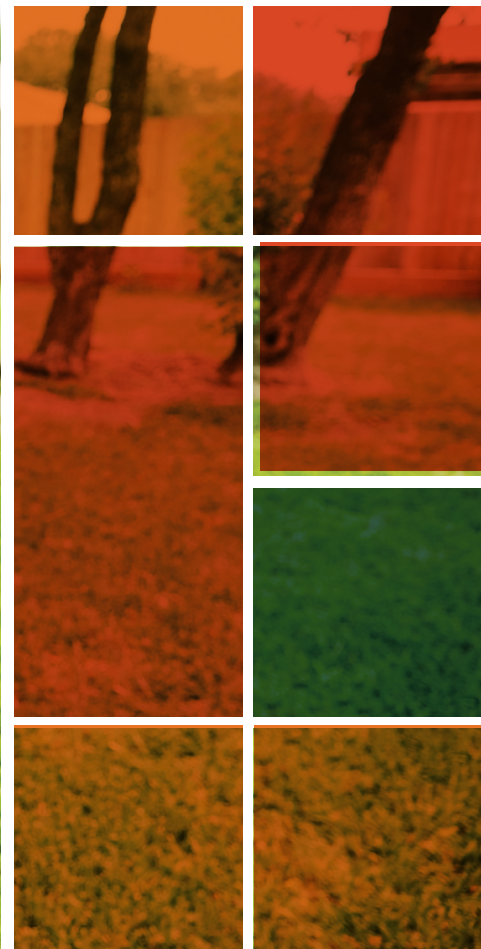
1. Recibirá una carta por correo en la cual se reconoce que está inscrito en nuestro plan.
2. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro y un paquete de bienvenida.
3. También recibirá una llamada de bienvenida de Summit Health para asegurar que haya recibido y entendido la información y los beneficios del plan.
4. Le recomendamos que cree una cuenta en el panel para miembros (Member Dashboard). Allí podrá obtener acceso a sus reclamos, beneficios adicionales y descuentos por ser miembro de Summit Health.

Recursos de atención para miembros

# Herramientas para su recorrido de salud

Todos los planes tienen programas, equipos de atención, herramientas y recursos que están diseñados para ayudarle a administrar su bienestar. A través del panel para miembros, puede 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 le 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/memberdashboard](https://yoursummithealth.com/memberdashboard).





### Verificación de precios de medicamentos recetados

Con esta herramienta, es muy fácil consultar los costos de los medicamentos recetados y averiguar cuánto pagaría según el nivel de medicamentos en una farmacia de la red.



### Asesoramiento de salud

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



### 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 ayudarle a:

- 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.



### Calculadora de costos de atención médica

La calculadora de costos de atención médica le ofrece una manera simple de comprender:

- Costos aproximados de los procedimientos.
- Diferencias de costos entre proveedores.
- Sus costos de bolsillo específicos.

Use esta herramienta para adquirir alternativas económicas y decidir mejor a partir de buena información.



Form Approved  
OMB# 0938-1421

## 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 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 답해 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 844-827-2355. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**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.

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

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

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

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

**¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar.**

Comuníquese con un agente de seguros local al 844-931-1782.  
Están disponibles para ayudarle de lunes a viernes,  
de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).



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

**[YourSummitHealth.com](http://YourSummitHealth.com)**





**SUMMIT**  
HEALTH

# Comparación de planes Medicare Advantage de Summit Health

Resumen de beneficios para 2024

# Beneficios médicos

* Es posible que se apliquen reglas de autorización previa.	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001	
Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual</b> <i>(Incluye cobertura médica y de medicamentos. Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).</i>	\$0 <i>Este plan no cubre los medicamentos recetados de la Parte D.</i>	
<b>Deducible por servicios médicos</b> <i>(No hay deducible por servicios médicos. Consulte la sección sobre medicamentos recetados en casos ambulatorios para obtener información acerca del deducible de la Parte D).</i>	\$0	
<b>Obligación por desembolso máximo</b> <i>(No se incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D).</i>	\$5,990 Servicios combinados dentro y fuera de la red.	
<b>Cobertura para pacientes hospitalizados*</b> <i>(Copago para los días 1 a 5; usted no paga nada a partir del día 6).</i>	\$385 de copago para los días 1 a 5	30 %
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*</b> <i>(Se incluyen servicios de observación).</i>	\$385	30 %
<b>Servicios en centro quirúrgico ambulatorio (ASC)*</b>	\$385	30 %
<b>Consultas médicas</b>		
Proveedor de atención primaria (PCP)	\$0	30 %
Especialistas	\$35	30 %
<b>Atención preventiva</b> <i>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de la diabetes). Importante: si se proporcionan servicios adicionales, es posible que se aplique un costo compartido separado).</i>	\$0	30 %
<b>Atención médica de emergencia</b>	\$120	
<b>Servicios de urgencia</b>	\$35	

Summit Health Value + Rx (HMO-POS) 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
\$0		\$80		\$170	
\$0		\$0		\$0	
\$6,475	\$10,990 Se incluyen servicios dentro de la red.	\$5,880	\$8,990 Se incluyen servicios dentro de la red.	\$4,850	\$7,990 Se incluyen servicios dentro de la red.
\$385 de copago para los días 1 a 5	50 %	\$350 de copago para los días 1 a 5	50 %	\$325 de copago para los días 1 a 5	30 %
\$385	50 %	\$350	\$350	\$325	\$325
\$385	50 %	\$350	50 %	\$325	30 %
\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	30 %
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	30 %
\$100		\$110		\$110	
\$40		\$35		\$35	

## Beneficios médicos (continuación)

* Es posible que se apliquen reglas de autorización previa.	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Primas y beneficios		
<b>Pruebas de laboratorio, imágenes y servicios de diagnóstico*</b>		
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	20 %	30 %
Servicios de laboratorio	\$10	
Tomografía axial computarizada (CAT), imágenes por resonancia magnética (MRI)	20 %	
Radiografías	20 %	
Ecografías	20 %	
<b>Servicios para la audición</b>		
Exámenes para diagnosticar y tratar afecciones auditivas y del equilibrio (con cobertura de Medicare)	\$35	30 %
Examen de rutina de la audición para audífonos	\$0	Sin cobertura
Audífonos (Copago por cada uno)	\$699-\$999	Sin cobertura
<b>Servicios dentales</b>		
Atención dental vinculada a una afección médica requerida para tratar una enfermedad o lesión* (con cobertura de Medicare)	\$35	30 %
Atención dental preventiva	\$0	50 % hasta el monto permitido
Servicios dentales integrales	20 %	
Beneficio total máximo para todos los servicios dentales complementarios	Monto permitido de \$1,000	
<b>Servicios de la visión</b>		
Servicios médicos de la visión (con cobertura de Medicare)	\$35	30 %
Servicios de la visión de rutina (examen anual y anteojos cada 2 años)	\$0	50 %

Summit Health Value + Rx (HMO-POS) 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
20 %	50 %	20 %	50 %	\$5	30 %
\$0		\$5		\$5	
20 %		20 %		20 %	
20 %		20 %		20 %	
20 %		20 %		20 %	
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
\$699-\$999	Sin cobertura	\$599-\$899	Sin cobertura	\$599-\$899	Sin cobertura
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	50 % hasta el monto permitido	\$0	50 % hasta el monto permitido	\$0	50 % hasta el monto permitido
20 %		20 %		20 %	
Monto permitido de \$1,250		Monto permitido de \$1,250		Monto permitido de \$1,500	
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	50 %

## Beneficios médicos (continuación)

* Es posible que se apliquen reglas de autorización previa.	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001	
Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de salud mental</b>		
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios (consulta para terapia individual o de grupo)	\$35	30 %
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados*	\$385 de copago para los días 1 a 5	30 %
<b>Servicios adicionales</b>		
Centro de enfermería especializada (SNF) (copago para los días 21 a 100)	\$196	30 %
Fisioterapia	\$35	30 %
Ambulancia*	\$325	
Transporte	Sin cobertura	
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	0 %-20 %	30 %
Equipo médico duradero (DME)* (p. ej., monitor continuo de glucosa (CGM), nebulizadores, andadores, etc.)	20 %	30 %
Suministros para monitores de la diabetes*		
Suministros para la diabetes	\$0	30 %
Calzado y plantillas para personas con diabetes	20 %	30 %
<b>Servicios de atención alternativa</b>		
Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico (con cobertura de Medicare)		
Proveedor de atención primaria (PCP)		\$0
Especialistas		\$35
Servicios de quiropraxia (con cobertura de Medicare) (para manipulación vertebral a fin de corregir la subluxación)	\$20	30 %
Servicios alternativos (beneficio complementario integrado)		
Servicios de quiropraxia, acupuntura y naturopatía	50 %	50 %
Beneficio total máximo para todos los servicios	\$500	\$500

Summit Health Value + Rx (HMO-POS) 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
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$385 de copago para los días 1 a 5	50 %	\$350 de copago para los días 1 a 5	50 %	\$325 de copago para los días 1 a 5	30 %
\$196	50 %	\$175	50 %	\$170	30 %
\$40	50 %	\$35	50 %	\$35	30 %
\$325		\$300		\$275	
Sin cobertura		Sin cobertura		Sin cobertura	
0 %-20 %	50 %	0 %-20 %	50 %	0 %-20 %	30 %
20 %	50 %	20 %	50 %	20 %	30 %
\$0	50 %	\$0	50 %	\$0	30 %
20 %	50 %	20 %	50 %	20 %	30 %
\$0		\$0		\$0	
\$40		\$35		\$35	
\$15	50 %	\$20	50 %	\$20	30 %
50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
\$500	\$500	\$500	\$500	\$500	\$500

# Beneficios de farmacia

Summit Health Core  
(HMO-POS) H2765-001

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Deducible para medicamentos recetados++

Etapa de cobertura inicial

Nivel 1 (*medicamentos genéricos preferidos*)

Nivel 2 (*medicamentos genéricos*)

Nivel 3 (*medicamentos de marca preferidos*)  
Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto.

Nivel 4 (*medicamentos de marca no preferidos*)  
Usted no pagará más de \$35 para un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto.

Nivel 5 (*medicamentos de especialidad preferidos*)

Nivel 6 (*medicamentos de especialidad*)

Nivel 7 (*vacunas*)

Etapa sin cobertura

Cobertura catastrófica

Restablecimiento del límite

Este plan no incluye la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.



<b>Summit Health Value + Rx (HMO-POS) H2765-002</b>	<b>Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003</b>	<b>Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004</b>
---	--	---



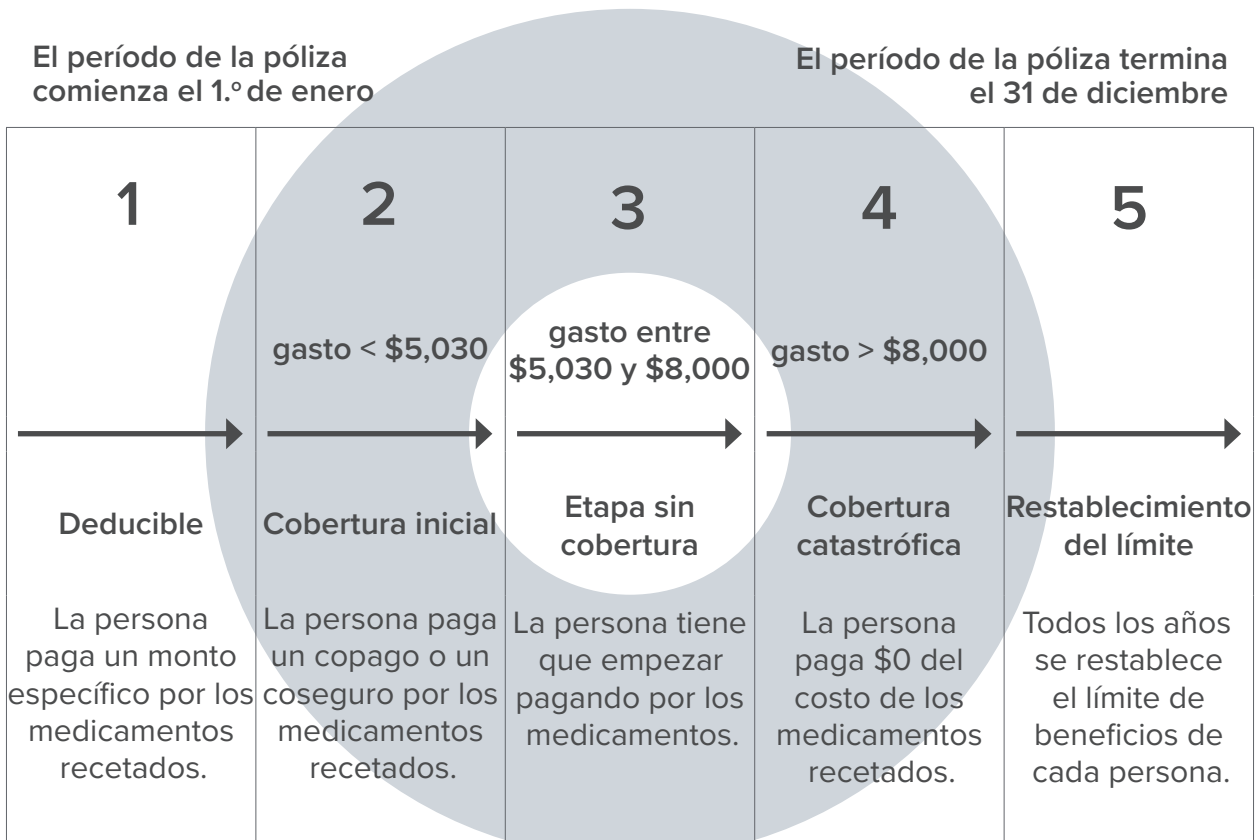
\$200 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7)				\$150 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7)				\$100 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7)			
Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 90 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 90 días	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 90 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 90 días	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 30 días	Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 90 días	Costo compartido en farmacias minoristas estándar para un suministro de 90 días
\$0	\$7	\$0	\$17.50	\$0	\$7	\$0	\$17.50	\$0	\$7	\$0	\$17.50
\$7	\$14	\$17.50	\$35	\$7	\$14	\$17.50	\$35	\$7	\$14	\$17.50	\$35
\$40	\$47	\$100	\$117.50	\$40	\$47	\$100	\$117.50	\$40	\$47	\$100	\$117.50
\$93	\$100	\$232.50	\$250	\$93	\$100	\$232.50	\$250	\$93	\$100	\$232.50	\$250
24 %	24 %	N/C	N/C	25 %	25 %	N/C	N/C	26 %	26 %	N/C	N/C
29 %	29 %	N/C	N/C	30 %	30 %	N/C	N/C	31 %	31 %	N/C	N/C
\$0	\$0	N/C	N/C	\$0	\$0	N/C	N/C	\$0	\$0	N/C	N/C

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos para ese año alcancen los \$5,030. Luego entrará en la etapa sin cobertura y pagará el 25 % del costo (y una parte de la tarifa de dispensación). Una vez que usted pague \$8,000, dejará de estar en la etapa sin cobertura y pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

Una vez que alcance la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan pagará el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no pagará nada.

Todos los años se restablece el límite de beneficios de cada persona.

# Etapa sin cobertura de la Parte D (*donut hole*)



**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.

## Beneficios complementarios integrados

<i>sin costo de prima adicional</i>	Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001		Summit Health Value + Rx (HMO-POS) 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
Primas y beneficios								
Artículos de venta libre (OTC) de una lista minorista preferida	\$30 por cada trimestre con un monto permitido de \$0 transferible al siguiente trimestre.	Sin cobertura	\$30 por cada trimestre con un monto permitido de \$0 transferible al siguiente trimestre.	Sin cobertura	\$30 por cada trimestre con un monto permitido de \$0 transferible al siguiente trimestre.	Sin cobertura	\$30 por cada trimestre con un monto permitido de \$0 transferible al siguiente trimestre.	Sin cobertura
Servicios virtuales adicionales Línea de asesoramiento con personal de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Consultas médicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de mensajes de texto o videollamada opcional	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Programa mejorado para el control de la diabetes en asociación con Livongo, para miembros que reúnen los criterios médicos	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Programa para el control de la enfermedad renal crónica en asociación con Strive Health, para miembros que reúnen los criterios médicos	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura
Beneficio para acondicionamiento físico con Silver&Fit	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura	\$0	Sin cobertura

# Artículos y servicios de valor agregado

Estos artículos y servicios adicionales no son parte del paquete de beneficios del plan ni del beneficio de Medicare.

## **Descuentos de ChooseHealthy**

Con el programa ChooseHealthy®, ofrecido por el plan Medicare Advantage de Moda Health, puede ahorrar más en productos y servicios para el bienestar, que

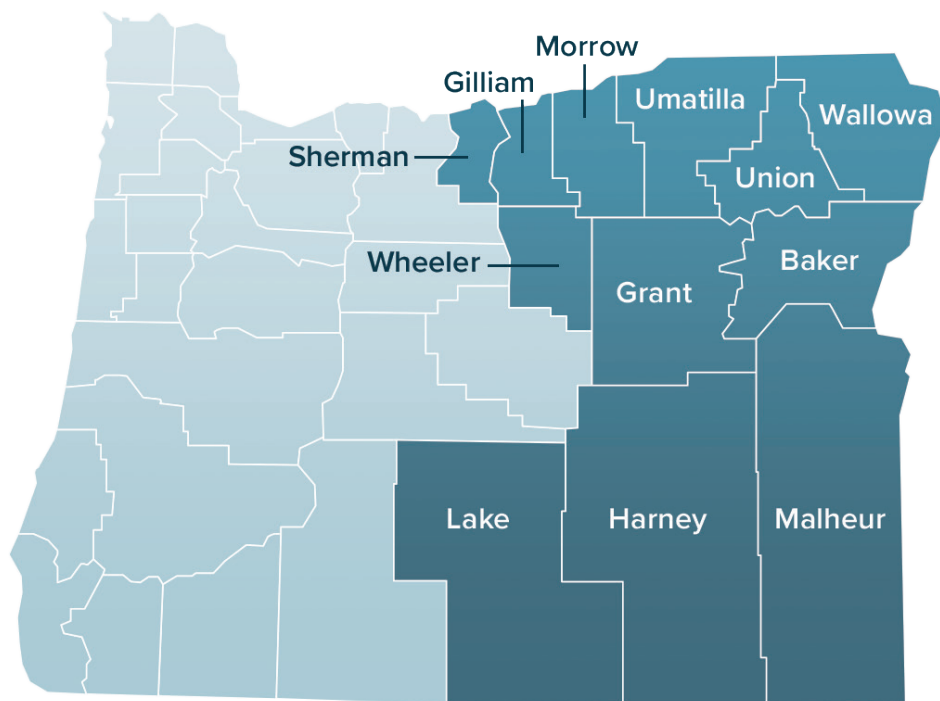
incluyen descuentos en marcas populares de productos para el acondicionamiento físico y la salud, servicios de profesionales de la salud especializados, y acceso a artículos y clases de salud en línea basados en pruebas sin ningún costo adicional.

# 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 (ver la contraportada) o consulte la *Evidencia de cobertura*.





## 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 libheng 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 libheng 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 답해 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 844-827-2355. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**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.

**Portuguese:** 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、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](https://www.yoursummithealth.com)**

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más detalles, llame a Servicio al Cliente al 844-827-2355 o ingrese en [yoursummithealth.com](https://www.yoursummithealth.com).

Si no es miembro de este plan, llame gratis al 844-931-1782. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

El horario habitual de atención de Servicio al Cliente es de 7 a. m a 8 p. m (hora del Pacífico), los siete días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo (excepto en Navidad y Acción de Gracias), y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados.

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





## 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 descuente 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](mailto: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](mailto: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](http://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](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 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.