



Estimado miembro del plan Medicare Advantage de Summit Health:

Para realizar cambios en el plan Medicare Advantage que tiene con Summit Health Plan, Inc., complete el formulario de selección de plan que encontrará adjunto. Marque el casillero correspondiente al plan que quiere elegir y firme el formulario. Luego, envíenos por correo electrónico, fax o correo postal el formulario completado.

Puede cambiar de plan de salud solo en determinados momentos del año. Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede unirse a un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare, o bien cambiarse de plan para el año siguiente o abandonarlo. Además, entre el 1.º de enero y el 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan Medicare Advantage (excepto un plan MSA) puede cambiar de plan o volver a Original Medicare (y unirse a un plan de medicamentos con receta independiente de Medicare). Generalmente, no puede realizar cambios en otros momentos, excepto en determinadas situaciones, como mudarse del área de servicio del plan, querer inscribirse en un plan con una calificación de 5 estrellas que se encuentre en su área o reunir los requisitos para recibir (o dejar de recibir) Ayuda Adicional con el pago de la cobertura de medicamentos con receta.

Si se une a nuestro plan cuando se inscribe por primera vez en Medicare, puede cambiar de plan u obtener Original Medicare (y unirse a un plan de medicamentos con receta independiente de Medicare). Si no está conforme con el plan elegido, puede realizar un cambio durante los primeros tres (3) meses que tiene Medicare.

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

Complete el formulario adjunto solo si quiere cambiar de plan.

Para facilitar su decisión, revise los resúmenes de beneficios en el formulario de selección de plan o consulte nuestro *Resumen de beneficios de 2024* correspondiente a los planes disponibles en su país. Para consultar el *Resumen de beneficios*, ingrese en yoursummithealth.com/member/member-support-overview/resources/your-plan-materials.

Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios al Cliente al 844-827-2355 de 7 a. m. a 8 p. m., (hora del pacífico), los siete días de la semana entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo (excepto en Navidad y Acción de Gracias), y de lunes a viernes entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

601 SW 2nd Avenue Portland, Oregon 97204

[YourSummitHealth.com](https://yoursummithealth.com)



Formulario de selección de plan de Medicare Advantage

Fecha
Nombre del miembro
Número de miembro

Dirección de residencia permanente (no se admite apartado de correos)			
Ciudad	País (opcional)	Estado	Código postal
Dirección de correo postal (solo si difiere de la dirección de residencia permanente)			
Dirección			
Ciudad	País (opcional)	Estado	Código postal

Quiero cambiar mi plan actual por el plan que seleccioné más abajo. Entiendo que si este formulario se recibe antes del final de cualquier mes, mi nuevo plan entrará en vigencia el 1.º día del mes siguiente.

Marque la casilla correspondiente a continuación:

Detalles del plan

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

Summit Health Core (HMO-POS) H2765-001 (este plan no incluye Parte D de Medicare)

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

Prima mensual: \$0	Copago por hospitalización: \$385/día del 1.º al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Desembolso máximo: \$5,990	Copago por visita a la sala de emergencias: \$120
Copago por visita a médico de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero 20 %
Copago por visita a médico especialista: \$35	

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

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

Prima mensual: \$0	Copago por hospitalización: \$385/día del 1.º al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Desembolso máximo: \$6,475	Copago por visita a la sala de emergencias: \$100
Copago por visita a médico de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero 20 %
Copago por visita a médico especialista: \$40	

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

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

Prima mensual: \$80	Copago por hospitalización: \$350/día del 1.º al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Desembolso máximo: \$5,880	Copago por visita a la sala de emergencias: \$110
Copago por visita a médico de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero 20 %
Copago por visita a médico especialista: \$35	

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

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

Prima mensual: \$170	Copago por hospitalización: \$325/día del 1.º al 5.º día, \$0 a partir del 6.º día
Desembolso máximo: \$4,850	Copago por visita a la sala de emergencias: \$110
Copago por visita a médico de atención primaria: \$0	Equipo médico duradero 20 %
Copago por visita a médico especialista: \$35	

Cómo pagar la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente pueda tener o adeudar) cada mes por correo postal, eBill o transferencia electrónica de fondos. También puede pagarla mediante una deducción automática mensual del cheque del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional con el pago de los costos de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima de su plan correspondiente a este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

Sin cambios en el método de pago actual Recepción de factura mensual

Transferencia mensual de fondos electrónicos desde cuenta bancaria.

Proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Número de ruta bancaria: _____ Tipo de cuenta: Corriente Ahorro

eBill, pago en línea de primas

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

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

Recibo mis beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que la prima se empiece a deducir del beneficio del Seguro Social o de la RRB dos o más meses después de que uno de estos apruebe dicha operación. La forma en que se cobra la prima durante los meses anteriores al inicio de la deducción depende del momento en que se haya recibido su solicitud y de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. En algunos casos, el Seguro Social o la RRB deduce la prima de esos meses una vez que comienza la deducción. Es importante entender que esto implica que la prima de varios meses podría deducirse de un solo cheque de beneficios. En otros casos, recibirá facturas impresas y deberá pagarnos directamente los meses anteriores al inicio de la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos regularmente las facturas impresas correspondientes a las primas mensuales).

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

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

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan. (Opcional)

- Indígena americano o nativo de Alaska Chino Japonés Asiático de otro país
 Vietnamita Asiático Indio Filipino Coreano Otra raza de las islas del Pacífico
 Blanco Negro o afroamericano Guameño o chamorro Nativo de Hawái
 Samoano Elijo no responder

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos la información en un idioma diferente del inglés o en un formato accesible: LETRA GRANDE Español

Comuníquese con Summit Health al 844-827-2355 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente del mencionado anteriormente. Servicio al Cliente está disponible de 7 a. m. a 8 p. m., (hora del pacífico), los siete días de la semana entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo (excepto en Navidad y Acción de Gracias), y de lunes a viernes entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados.

Lea y firme lo siguiente:

Firma: _____

Fecha de hoy: ____ / ____ / _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

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

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

1. Por correo electrónico (previo escaneo del formulario) a bemc@yoursummithealth.com.
2. Por fax al 833-949-1891.
3. Por correo postal a: Summit Health Plan, Inc.
Attn: Medicare Membership Accounting
601 SW 2nd Ave
Portland, OR 97204-9748

Para uso exclusivo en la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si brindó asistencia durante la inscripción):

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia 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. proporcione la siguiente información:

Agencia: _____

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