



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 |
| Prima mensual <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> | |
| Deducible por servicios médicos <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 | |
| Obligación por desembolso máximo <i>(No se incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D).</i> | \$5,990 Servicios combinados dentro y fuera de la red. | |
| Cobertura para pacientes hospitalizados* <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 % |
| Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios* <i>(Se incluyen servicios de observación).</i> | \$385 | 30 % |
| Servicios en centro quirúrgico ambulatorio (ASC)* | \$385 | 30 % |
| Consultas médicas Proveedor de atención primaria (PCP) Especialistas | \$0 \$35 | 30 % 30 % |
| Atención preventiva <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 % |
| Atención médica de emergencia | \$120 | |
| Servicios de urgencia | \$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 | | |
| Pruebas de laboratorio, imágenes y servicios de diagnóstico* | | |
| 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 % | |
| Servicios para la audición | | |
| 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 |
| Servicios dentales | | |
| 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 | |
| Servicios de la visión | | |
| 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 |
| Servicios de salud mental | | |
| 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 % |
| Servicios adicionales | | |
| 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 % |
| Servicios de atención alternativa | | |
| 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.

| | | |
|---|--|---|
| Summit Health Value + Rx (HMO-POS) H2765-002 | Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) H2765-003 | Summit Health Premier + Rx (HMO-POS) H2765-004 |
|---|--|---|

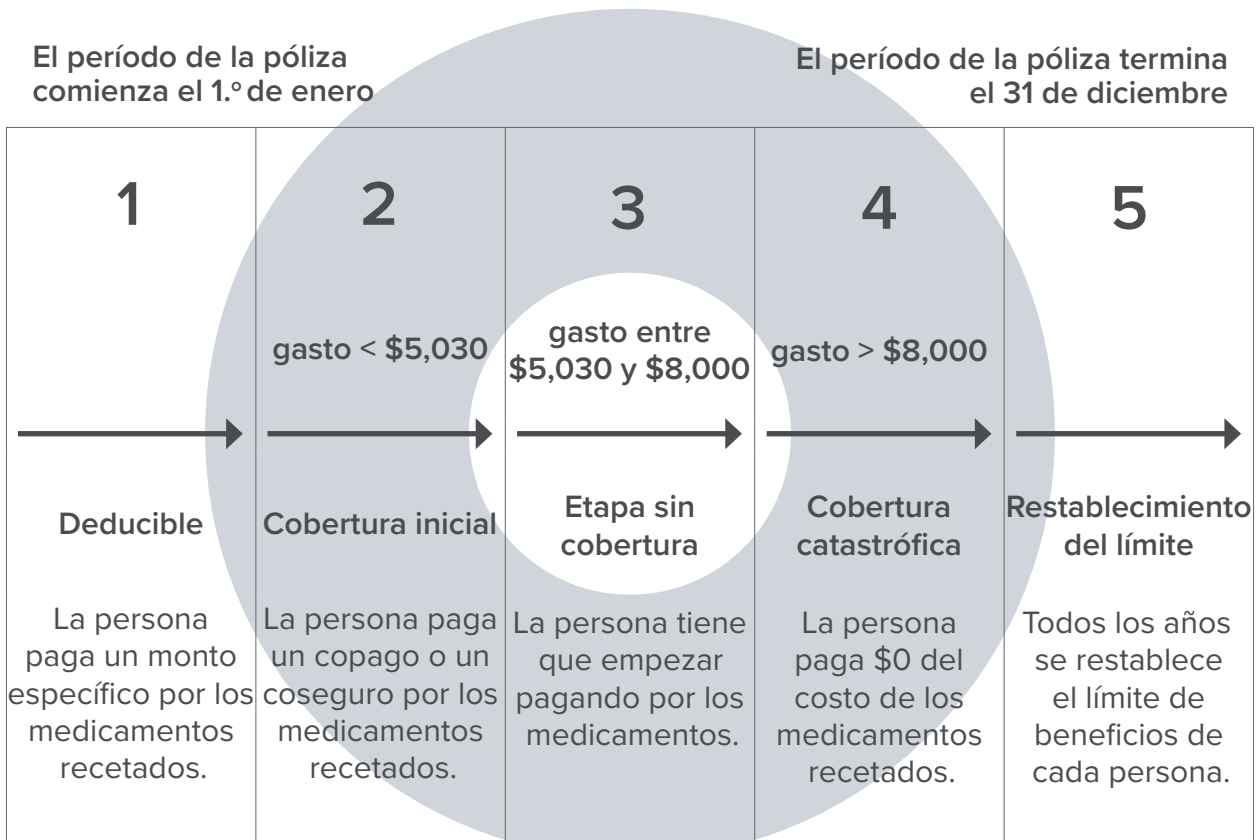
| \$200 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7) | | | | \$150 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7) | | | | \$100 ++ (exento en los niveles 1, 2 y 7) | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| Costo compartido en farmacias minoristas preferidas o con servicios por correo para un suministro de 30 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

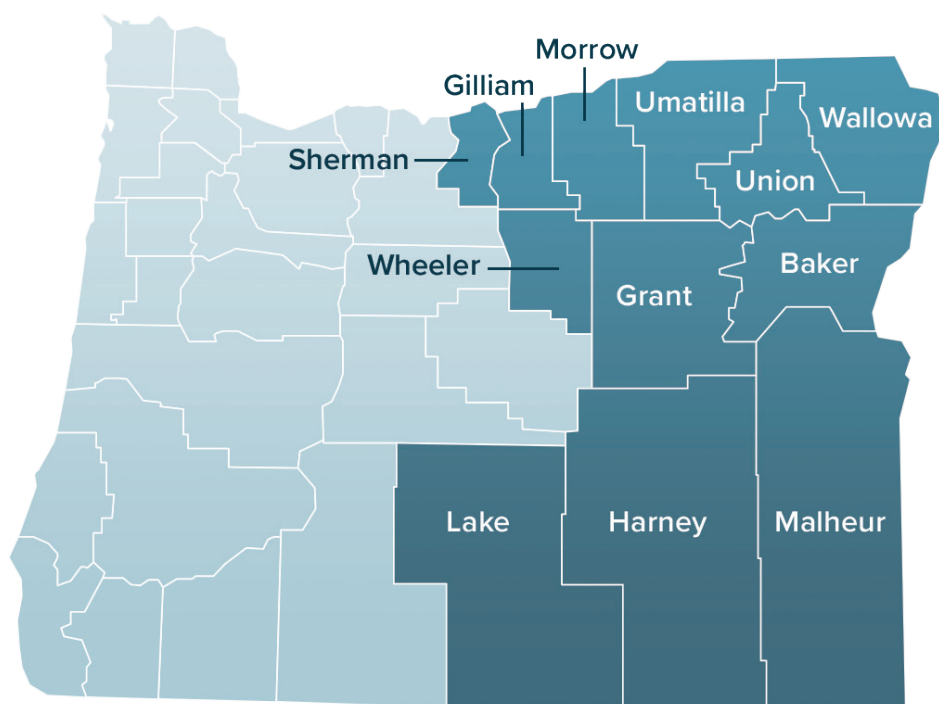
incluyen descuentos en marcas populares de productos para el acondicionamiento físico y la salud, servicios de profesionales de la salud especializados, y acceso a artículos y clases de salud en línea basados en pruebas sin ningún costo adicional.

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 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 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.