



2024

Aviso anual de cambios (ANOC)

Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Para los condados de Oregon: Baker, Gilliam, Grant, Harney, Lake, Malheur, Morrow, Sherman, Umatilla, Union, Wallowa y Wheeler

H2765-003



Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) ofrecido por Summit Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. (También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (doctor, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
 - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto cancelará su inscripción en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio de atención al cliente al 844-827-2355. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (cerramos el día de Acción de Gracias y Navidad) y los días de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados. Esta llamada es gratuita.
- Esta información puede estar disponible en un formato diferente, incluso en letra grande. Llame al Servicio de atención al cliente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).** Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

- Summit Health Plan, Inc. es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Summit Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

H2765_1140H276500324A_M

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	11
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	11
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.....	11
Sección 1.3 – Cambios en las redes de farmacias y proveedores	12
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	13
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).....	21
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	22
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	23
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	23
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	24
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	24
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	24
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	25

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Para conocer los detalles, consulte la Sección 1.1.	\$89	\$80
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Este es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para conocer los detalles, consulte la Sección 1.2).	\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red. \$8,990 cuando utilice una combinación de su beneficio dentro de la red y de Punto de servicio (Point-of-Service, POS)	\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red. \$8,990 cuando utilice una combinación de su beneficio dentro de la red y de Punto de servicio (POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Visitas al consultorio del doctor	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida por consulta</p> <p>Consultas con un especialista dentro de la red: \$35 de copago por consulta</p> <p>Consultas con un especialista cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida por consulta</p> <p>Consultas con un especialista dentro de la red: \$35 de copago por consulta</p> <p>Consultas con un especialista cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida por consulta</p>
Hospitalizaciones	<p>Hospitalizaciones dentro de la red: \$350 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes</p> <p>Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida</p>	<p>Hospitalizaciones dentro de la red: \$350 de copago por día para los días 1-5; \$0 de copago por día para el día 6 y siguientes</p> <p>Hospitalizaciones cuando utilice su beneficio de POS: 50% de la cantidad total permitida</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>El deducible es anual.</p> <p>Niveles de medicamentos al costo mensual.</p> <p>Para conocer los detalles, consulte la Sección 1.5.</p>	<p>Deducible: \$185 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>(Para los niveles 3, 4, 5 y 6)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$4 de copago por receta. • Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por receta. 	<p>Deducible: \$150 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>(Para los niveles 3, 4, 5 y 6)</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Usted paga \$0 de copago por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o \$7 de copago por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red)</i>. • Medicamentos de Nivel 2: Usted paga \$7 de copago por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o \$14 de copago por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red)</i>.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$45 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos de Nivel 3: Usted paga \$40 de copago por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o \$47 de copago por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red)</i>. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamentos de Nivel 4: Usted paga \$93 de copago por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o \$100 de copago por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red)</i>. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total por receta • Medicamentos de Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30% del costo total por receta. • Medicamentos de Nivel 7: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago por receta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: Usted paga el 25% del costo total por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o el 25% del costo total por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red).</i> • Medicamentos de Nivel 6: Usted paga el 30% del costo total por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o el 30% del costo total por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red).</i> • Medicamentos de Nivel 7: Usted paga \$0 de copago por receta en una <i>farmacia de la red preferida o pedido por correo</i> o \$0 de copago por receta en una <i>farmacia minorista estándar (dentro de la red).</i>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. Por cada receta, usted paga lo que sea mayor de lo siguiente: un pago del 5% del costo del medicamento (lo que se denomina un coseguro), o bien un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$89	\$80

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la “cantidad máxima que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red</p> <p>\$8,990 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS)</p>	<p>Por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B:</p> <p>\$5,880 cuando utilice su beneficio dentro de la red</p> <p>\$8,990 cuando utilice su beneficio de Punto de servicio (POS), también denominado “beneficio fuera de la red”</p> <p>\$8,990 cuando utilice los beneficios dentro y fuera de la red combinados.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de farmacias y proveedores

Los Directorios actualizados se encuentran disponibles en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com/findcare. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias, o para solicitar un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2024 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para que podamos asistirlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para determinados servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Asignación anual combinada para servicios odontológicos (complementaria)	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Tiene hasta \$1,000 de asignación anual para todos los servicios odontológicos: de rutina, integrales, dentro y fuera de la red, todos combinados.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Tiene hasta \$1,250 de asignación anual para todos los servicios odontológicos: de rutina, integrales, dentro y fuera de la red, todos combinados.</p>
Servicios de emergencia	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$95 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Usted paga \$110 de copago por cada consulta para servicios de emergencia cubierta por Medicare.</p>
Beneficio de gimnasio (complementario)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>A través de ASH Fitness, tiene acceso a un gimnasio Silver & Fit participante al mes.</p> <p>El programa Silver & Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una filial de American Specialty Health (ASH).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>A través de ASH Standard, tiene acceso a más de un gimnasio Silver & Fit participante al mes.</p> <p>El programa Silver & Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Standard), una filial de American Specialty Health (ASH).</p>
Servicios de tratamiento de infusión a domicilio	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad total permitida para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad total permitida para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga entre 0% y 20% de la cantidad total permitida para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga entre 0% y 20% de la cantidad total permitida para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga 20% hasta el 1 de julio de 2023, luego paga 20% hasta \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad total permitida para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad total permitida para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga entre 0% y 20% hasta \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Usted paga entre 0% y 20% de la cantidad total permitida para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga entre 0% y 20% de la cantidad total permitida para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
Artículos de venta libre	<p><u>Dentro de la red</u> Sin cobertura</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted recibe \$30 por cada trimestre, y se acumulan \$0 para el próximo trimestre.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar (cubierto por Medicare)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$15 de copago por cada consulta para servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) (cubierto por Medicare)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$30 de copago por cada consulta para SET cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$25 de copago por cada consulta para SET cubierta por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo	Usted paga \$95 de copago por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo.	Usted paga \$110 de copago por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir la adición o el retiro de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traspaso a un nivel distinto de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo o si su medicamento pasó a un nivel distinto de costo compartido.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista de medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”

(Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al de una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El Directorio de farmacias indica qué farmacias de la red tienen un costo compartido preferido.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferida del Nivel 3, Marca No Preferida del Nivel 4, de Especialidad Preferida del Nivel 5 y de Especialidad del Nivel 6 hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el zóster, contra el tétano y para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$185.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos - <i>Minorista estándar</i> \$4 de copago por receta</p> <p>Nivel 2 Genéricos - <i>Minorista estándar</i> \$10 de copago por receta</p> <p>Nivel 7 Vacunas - <i>Minorista estándar</i> \$0 de copago por receta</p>	<p>El deducible es de \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga:</p> <p>Nivel 1 Genéricos Preferidos - <i>Farmacia de red preferida o pedido por correo</i> \$0 de copago por receta <i>Minorista estándar</i> \$7 de copago por receta</p> <p>Nivel 2 Genéricos - <i>Farmacia de red preferida o pedido por correo</i> \$7 de copago por receta <i>Minorista estándar</i> \$14 de copago por receta</p> <p>Nivel 7 Vacunas - <i>Farmacia de red preferida o pedido por correo</i> \$0 de copago por receta <i>Minorista estándar</i> \$0 de copago por receta</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual (continuación)</p>	<p>Usted paga el costo total por los medicamentos en estos niveles: Nivel 3 Marca Preferida Nivel 4 Marca No Preferida Nivel 5 Nivel de Especialidad Preferida Nivel 6 Nivel de Especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Usted paga el costo total por los medicamentos en estos niveles: Nivel 3 Marca Preferida Nivel 4 Marca No Preferida Nivel 5 Nivel de Especialidad Preferida Nivel 6 Nivel de Especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1 – Genéricos Preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$4 de copago por receta.</p> <p>No disponible.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$10 de copago por receta.</p> <p>No disponible.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1 – Genéricos Preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$7 de copago por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por receta.</p> <p>Nivel 2 – Genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 de copago por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$7 de copago por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 3 – Marca Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$45 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 3 – Marca Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>No disponible.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$40 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>Nivel 4 – Marca No Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>Nivel 4 – Marca No Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p>No disponible.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$93 de copago por receta. Usted no paga más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 5 – Nivel de Especialidad Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total por receta</p>	<p>Nivel 5 – Nivel de Especialidad Preferida: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total por receta</p>
	<p>No disponible.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total por receta</p>
	<p>Nivel 6 – Nivel de Especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30% del costo total por receta.</p>	<p>Nivel 6 – Nivel de Especialidad: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 30% del costo total por receta.</p>
	<p>No disponible.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 30% del costo total por receta.</p>
	<p>Nivel 7 – Vacunas: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago por receta.</p>	<p>Nivel 7 – Vacunas: <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 de copago por receta.</p>
	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por receta.</p>	<p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 de copago por receta.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas del período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambio en el pago de zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo pueden haber estado cubiertos en su plan por error. Aunque se hayan cubierto debido a un error del sistema, su plan no ajustará estos pagos ni solicitará el reembolso.	Los zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo no están cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare. Los reclamos relacionados con estos servicios serán rechazados. Esto no modifica la cobertura de los servicios para diabéticos.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, lo inscribiremos automáticamente en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar de plan, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Summit Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribáse en el nuevo plan. Su inscripción en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Summit Health Standard + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O bien*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia Relacionada con los Beneficios del Seguro Médico para Adultos Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIBA al 800-722-4134. Para obtener más información sobre el SHIBA, visite su sitio web (shiba.oregon.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN a*
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con determinados criterios que incluyen un comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del programa CAREAssist. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 800-805-2313.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio de atención al cliente al 844-827-2355. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (cerramos el día de Acción de Gracias y Navidad) y los días de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su

Llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para Summit Health Standard + Rx (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.yoursummithealth.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.yoursummithealth.com. Le recordamos que en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/“Lista de medicamentos”*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 2048.



Documentos importantes de su plan Medicare Advantage

Los documentos mencionados a continuación describen las reglas que rigen sus beneficios y cobertura. Aquí le indicamos cómo **acceder a los documentos en línea**:



Evidencia de cobertura (EOC)

La EOC detalla qué beneficios tienen cobertura, cuánto paga el miembro del plan, cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene el miembro a su disposición. Todos los años, antes del 15 de octubre, publicamos la versión en línea de la EOC del próximo año, aquí:

yoursummithealth.com/medicarematerials



Directorio de proveedores y Directorio de farmacias

Los directorios incluyen una lista de los proveedores y las farmacias a su disposición, los que son parte de la red de su plan.

En yoursummithealth.com/findcare podrá acceder a los directorios en línea, que tienen habilitada la función de búsqueda. En yoursummithealth.com también los encontrará en formato PDF.



Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

El Formulario detalla qué medicamentos con receta cubiertos por Medicare Parte D están incluidos en el beneficio de la Parte D de su plan. El Formulario está publicado en línea:

yoursummithealth.com/covereddrugs



Para ver los documentos del plan, inicie sesión en su cuenta en el Panel para miembros, en yoursummithealth.com/memberdashboard.

Si prefiere recibir alguno de estos documentos por correo, comuníquese con Servicios al Cliente: llame al 844-827-2355 o escriba a MedicalMedicare@yoursummithealth.com.

Summit Health Plan, Inc. es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Summit Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.



Recibir los documentos del plan en línea



Los documentos en línea le ofrecen un acceso fácil a toda su información de Medicare.

Si desea recibir un correo electrónico de Summit Health cuando hayan nuevos materiales disponibles, solo tiene que iniciar sesión en su Panel para miembros en yoursummithealth.com. El botón de inicio de sesión se encuentra en el lado superior derecho de su pantalla. Si usted no tiene una cuenta, puede crear una.

Cuando ya haya iniciado sesión, seleccione la pestaña "Account" [Cuenta]. Luego, haga clic en "Manage notification settings" [Gestionar la configuración de las notificaciones]. Desde aquí, usted puede actualizar su correo electrónico y configurar el envío electrónico como su preferencia.

Una vez que solicite la entrega electrónica, usted ya no recibirá este documento por correo, a menos que usted lo solicite.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con nosotros llamando al 844-827-2355.

YourSummitHealth.com



Reduzca el consumo de papel, ¡Regístrese hoy mismo en eBill!

Pagar su prima en línea con eBill. Al utilizar eBill, usted puede ver sus facturas en línea y configurar sus métodos preferidos de pago (tarjeta de débito, cheques o ahorros) y establecer un pago recurrente utilizando nuestra función de AutoPay [Pago automático]. Para acceder a eBill, inicie sesión en el Panel para miembros y haga clic en la pestaña eBill.



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、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。



Servicio de atención al cliente: información de contacto	
Llame al	844-827-2355, Servicio de atención al cliente Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención habitual es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (cerramos el día de Acción de Gracias y Navidad) y los días de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados. El Servicio de atención al cliente ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este número requiere un equipo telefónico especial y está disponible para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Fax	Solicitudes médicas por fax: 855-294-1667 Attn: Medicare Customer Service
	Solicitudes farmacéuticas por fax: 800-207-8235 Attn: Pharmacy Customer Service
Escriba a	Medical Requests Summit Health Plan Attn: Medicare Customer Service P.O. Box 820070 Portland OR 97282 Correo electrónico: MedicalMedicare@yoursummithealth.com
	Pharmacy Requests Summit Health Plan Attn: Pharmacy Customer Service P.O. Box 22859 Portland, OR 97269 Correo electrónico: PharmacyMedicare@yoursummithealth.com
Sitio web	www.yoursummithealth.com

Asistencia Relacionada con los Beneficios del Seguro Médico para Adultos Mayores (SHIBA) (SHIP en Oregón): información de contacto	
Asistencia Relacionada con los Beneficios del Seguro Médico para Adultos Mayores (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.	
Llame al	800-722-4134
TTY	711
Escriba a	SHIBA P.O. Box 14480 Salem OR 97309-0405
Sitio web	shiba.oregon.gov

Declaración de divulgación de PRA	
De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta solicitud de recopilación de información es 0938-1051. En caso de que tenga comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.	

Información importante de Summit Health Plan, Inc.



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

Información importante de Summit Health Plan, Inc.