
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Aviso anual de cambios para 2025

Sharp Direct Advantage Basic (HMO)



Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es ofrecido a través de Sharp Health Plan.

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO). El próximo año, se producirán cambios en los costos y los beneficios del plan. ***En la página 5 encontrará el “Resumen de costos importantes”, incluidas las primas.***

Los cambios en su plan se explican en este documento. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a su caso?

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médicos y hospitales).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, lo que incluye restricciones en la cobertura y costos compartidos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte la *Lista de medicamentos* para 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma tendrán cobertura.
 - Compare la información de los planes de 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a nuevas restricciones en 2025, por ejemplo, la autorización previa, la terapia escalonada o el límite de cantidad.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, seguirán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Compruebe si reúne las condiciones para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para participar en el programa Ayuda Adicional de Medicare.
- ☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- ☐ Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área. Utilice la herramienta “Medicare Plan Finder” (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista que se encuentra al final del manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener respaldo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) local y hable con un asesor capacitado.
- ☐ Una vez que elija un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).
- Puede cambiarse a **otro plan** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. La nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Sharp Direct Advantage Basic (HMO).
- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive en ella en la actualidad, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare o sin él) en cualquier momento. Si acaba de abandonar dicha institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante los dos meses completos posteriores al mes en el que se mudó del centro en cuestión.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de manera gratuita.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener información adicional (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Alguien que hable español lo podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- Esta información está disponible en letra grande.
- **La cobertura conforme a este plan reúne las condiciones como cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Ingrese en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

- Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es un plan de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Direct Advantage Basic (HMO) depende de la renovación del contrato.
- En este documento, las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Sharp Health Plan. Al plan Sharp Direct Advantage Basic se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	8
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 Cambios en el monto de desembolso máximo	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y de farmacias.....	9
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 Si quiere permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).....	15
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? Documento sobre servicios para varios idiomas 18	
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).....	18
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare	19
Documento sobre servicios para varios idiomas.....	20

Resumen de costos importantes para 2025

En el siguiente cuadro, se comparan los costos en 2024 y 2025 de nuestro plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Monto de desembolso máximo Este es el monto de desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B (consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: \$5 por visita. Visitas al especialista: \$20 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: \$5 por visita. Visitas al especialista: \$20 por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Hospitalizaciones	Atención de hospitalización Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día. Atención de salud mental para pacientes internados (en hospital general) Días 1 a 5: \$125 por día. Días 6 a 90: \$0 por día. Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios. Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Atención de hospitalización Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día. Atención de salud mental para pacientes internados (en hospital general) Días 1 a 5: \$125 por día. Días 6 a 90: \$0 por día. Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios. Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida). Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0. Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial: Medicamento del nivel 1: \$2 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 2:	Deducible: \$0. Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial: Medicamento del nivel 1: \$2 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 2:

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	\$6 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. - En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 5: 33 % del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. - En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. En este plan, no hay deducible por los medicamentos de la Parte D. Cobertura catastrófica: - Durante esta etapa de pago, en el plan pagamos el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.	\$6 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. - En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. Medicamento del nivel 5: 33 % del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. - En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. En este plan, no hay deducible por los medicamentos de la Parte D. Cobertura catastrófica: - Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$0.00	\$0.00
Delta Dental Medicare AdvantageD HMO Los beneficios dentales suplementarios opcionales están disponibles por una prima mensual adicional.	Prima mensual adicional de \$13.00.	Prima mensual adicional de \$13.00.
Delta Dental Medicare AdvantagePPO El beneficio dental suplementario opcional está disponible por una prima mensual adicional.	Prima mensual adicional de \$50.00.	Prima mensual adicional de \$40.00.

- 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 de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagarle un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto de desembolso máximo

Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina “monto de desembolso máximo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto de desembolso máximo Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo. Los costos de medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por servicios cubiertos con dichas partes durante el resto del año calendario.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 en costos de desembolso por servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por servicios cubiertos con dichas partes durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solo* si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red.

En nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, podrá encontrar los directorios actualizados. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre las farmacias o los proveedores, o para solicitar que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos dentro de los siguientes tres días hábiles.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias para 2025*, en www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.**

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Para saber qué farmacias forman parte de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias para 2025*, en www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos, los especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio en nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarlo.

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Delta Dental Medicare AdvantageD HMO y	Exámenes bucales: Sin costo compartido.	Exámenes bucales: Copago de entre \$0 y \$5.
Delta Dental Medicare AdvantagePPO	Prostodoncia, otra cirugía bucal o maxilofacial (como se describe en el programa de tarifas): copago de entre \$20 y \$495.	Prostodoncia, otra cirugía bucal o maxilofacial (como se describe en el programa de tarifas): copago de entre \$20 y \$495. Cirugía bucal y maxilofacial (como se describe en el programa de tarifas): copago de entre \$0 y \$65.
Delta Dental Medicare AdvantagePPO Beneficio suplementario opcional ofrecido a través de Delta Dental	Prima mensual adicional de \$50. Hay una asignación máxima anual de \$1,500. Será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.	Prima mensual adicional de \$40. Hay una asignación máxima anual de \$3,000. Será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.

Sección 1.5 Cambios en la cobertura de 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*. Encontrará una copia de esta lista en nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com/druglist. También puede recibir una copia de la *Lista de medicamentos* por correo si la solicita por teléfono a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este manual).

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían incluir la remoción o la incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que aplicamos a la cobertura de algunos medicamentos, o el pasaje de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción, o si sus medicamentos han pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se realiza al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare, los cuales pueden afectarlo durante el año del plan. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea por lo menos una vez al mes para brindar la versión más reciente. Si implementamos un cambio que incidirá en su acceso a los medicamentos que toma, le enviaremos un aviso al respecto.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el transcurso de este, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer cuáles son sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

En la actualidad, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos por una nueva versión genérica de este en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca reemplazado. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir también mantener el medicamento de marca en la *Lista de medicamentos*, pero pasarlo de forma inmediata a un nivel de costo compartido diferente o agregarle nuevas restricciones, o hacer ambos cambios.

A partir de 2025, podremos efectuar reemplazos inmediatos de productos biológicos originales por determinados productos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un producto biológico original que será reemplazado por uno biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio con 30 días de anticipación ni tampoco obtenga un suministro del producto biológico original para el mes en una farmacia de la red. Si está tomando un producto biológico original en el momento del reemplazo, recibirá información sobre dicha modificación en particular, pero puede llegarle luego de realizarse el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. En el capítulo 12 de la *Evidencia de cobertura*, podrá consultar las definiciones de distintos tipos de medicamentos. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también brinda información al consumidor con respecto a los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA, <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente o solicitarle al proveedor de atención de salud, a la persona autorizada para recetar o al farmacéutico más información.

Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento independiente que se llama *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional de Subvención por Bajos Ingresos* o *Cláusula adicional LIS*). En este documento, encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, las **etapas de pago de los medicamentos** serán tres: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de brecha de cobertura y el Programa de Descuentos durante la Etapa de Brecha de Cobertura ya no formarán parte del beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos durante la Etapa de Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme a dicho programa, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes según el Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para alcanzar los costos de desembolso.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: etapa de deducible anual	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Es posible que el costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambie a un coseguro en vez de un copago, o viceversa. Consulte los cambios de 2024 a 2025 en el siguiente cuadro.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, a través del plan, se paga una parte de los costos de los medicamentos, y usted paga la suya. Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin ningún costo para usted.	Su costo por un suministro para un mes: <i>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1:</i> usted paga \$2 por receta. <i>Medicamentos genéricos del nivel 2:</i> usted paga \$6 por receta. <i>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3:</i> usted paga \$40 por receta. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. <i>Medicamentos no preferidos del nivel 4:</i> usted paga \$90 por receta. <i>Medicamentos de especialidad del nivel 5:</i> usted paga el 33 % del costo total. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. <i>Medicamentos seleccionados del nivel 6:</i> usted paga \$0 por receta. Quando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).	Su costo por un suministro para un mes: <i>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1:</i> usted paga \$2 por receta. <i>Medicamentos genéricos del nivel 2:</i> usted paga \$6 por receta. <i>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3:</i> usted paga \$40 por receta. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. <i>Medicamentos no preferidos del nivel 4:</i> usted paga \$90 por receta. <i>Medicamentos de especialidad del nivel 5:</i> usted paga el 33 % del costo total. • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada insulina cubierta por el plan. <i>Medicamentos seleccionados del nivel 6:</i> usted paga \$0 por receta. Quando haya pagado \$2,000 de costos de desembolso por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, el fabricante de medicamentos pagará una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes según el Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para alcanzar los costos de desembolso.

Para obtener información específica sobre los costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte la sección 6 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2

Cambios administrativos

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	No corresponde.	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que complementa su cobertura actual de medicamentos y le brinda ayuda con la administración de los costos de estos. Para ello, distribuye los montos para cubrirlos mediante pagos mensuales que varían durante todo el año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 855-222-3183 o visite www.Medicare.gov .

SECCIÓN 3

Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si quiere permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Sharp Direct Advantage Basic (HMO) para 2025.

Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año; pero si quiere cambiar de plan para 2025, debe seguir estos pasos:

Paso 1: infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- O BIEN puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si prefiere inscribirse en 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 distintos tipos de planes de Medicare, utilice la herramienta “Medicare Plan Finder” (Buscador de planes de Medicare) que se encuentra en el sitio web, www.medicare.gov/plan-compare, lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame al Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de California (consulte la sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la sección 7.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, debe inscribirse en el nuevo plan. Se le dará de baja del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Enviarnos por escrito una solicitud de baja. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.

- O bien comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la baja. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4

Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1.º de enero de 2025.

¿Se puede realizar un cambio en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, en el caso de las personas que tienen Medicaid, las que participan en el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o dejarán de tenerla y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare o sin ella) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive en ella en la actualidad, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (con un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare o sin él) en cualquier momento. Si acaba de abandonar dicha institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante los dos meses completos posteriores al mes en el que se mudó del centro en cuestión.

SECCIÓN 5

Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP).

Es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a entender las opciones que ofrecen los planes de Medicare y responder las preguntas relacionadas con los cambios de plan. Puede comunicarse con el HICAP llamando al 1-858-565-1392. Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<https://elaca.org/medicare-health-insurance-support/>).

SECCIÓN 6

Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede reunir las condiciones para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con recursos limitados podrían reunir las condiciones para participar en el programa Ayuda Adicional y recibir ayuda con el pago de los costos de los medicamentos con receta. Si usted reúne las condiciones, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan las condiciones no deberán pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne las condiciones, llame a las siguientes entidades:
 - Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. (para hablar con un representante). Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.
 - La Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH o sida.** A través de la ayuda del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), las personas con VIH o sida que reúnen las condiciones para participar en este programa tienen acceso a los medicamentos contra el VIH que puedan salvarles la vida. Para la admisión en el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la presentación de pruebas que certifiquen residencia en el estado, infección por VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que

también tienen cobertura del ADAP reúnen las condiciones para la asistencia del pago del costo compartido de medicamentos con receta a través del ADAP. Para obtener información sobre los criterios de admisión, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP al 1-844-421-7050. Llame a ese número, también, si ya está inscrito y necesita saber cómo seguir recibiendo asistencia. Cuando llame, recuerde darles el nombre de su plan de Medicare Parte D o el número de póliza.

- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que le permitirá administrar los costos de desembolso de los medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago complementa su cobertura actual de medicamentos y le brinda ayuda con la administración de los costos de estos; para ello, distribuye los montos para cubrirlos mediante **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar los gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni descender los costos de los medicamentos.**

El programa Ayuda Adicional de Medicare y los beneficios del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica y del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, destinados a quienes reúnen las condiciones, son más beneficiosos que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen con los requisitos para participar en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos; y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 855-222-3183 o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 7

¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (únicamente los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la **Evidencia de cobertura para 2025** (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios*, se resumen los cambios de sus beneficios y costos para 2025. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de su plan para 2025. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se

explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.sharpmedicareadvantage.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario o Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede hacer lo siguiente:

Llamar 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 los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visitar el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas para evaluar la calidad a fin de ayudarlo a comparar los diferentes planes de salud de Medicare en su área. Para obtener la información sobre los planes, ingrese en www.medicare.gov/plan-compare.

Consultar el manual *Medicare y usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. En él se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede descargarla del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

**Documento sobre servicios
para varios idiomas**

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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]. 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 1-855-562-8853。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 1-855-562-8853。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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853] 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 Arzneimittelpfen. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853] 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 [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]. 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 ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan [1-855-562-8853]. 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 [1-855-562-8853]. 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、[1-855-562-8853]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。

SHARP Health Plan

Consider us your personal health care assistant[®]

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853 (usuarios de servicios TTY/TDD: 711)