
SHARP Health Plan

Sharp Direct Advantage®

Aviso anual de cambios para 2026

Sharp Direct Advantage Basic (HMO)



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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).

En este material, se describen los cambios en su plan respecto de los costos y beneficios para el próximo año.

- **Usted puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).
- Para cambiarse a **otro plan**, visite www.Medicare.gov. También puede consultar la lista que se encuentra al final del manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que este documento es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas del plan en la *Evidencia de cobertura*. Descargue una copia desde www.sharpmedicareadvantage.com o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para que le envíen una por correo postal (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Otros recursos

- Este material está disponible en español de manera gratuita.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (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 próximo 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.

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 material, las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Sharp Health Plan. Al plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”.
- **Si, para el 7 de diciembre de 2025, usted no solicitó ningún cambio, quedará inscrito automáticamente en el plan *Sharp Direct Advantage Basic (HMO)*.** A partir del 1.º de enero de 2026, tendrá cobertura médica y de medicamentos a través del plan *Sharp Direct Advantage Basic (HMO)*. En la sección 3 de este documento, encontrará más información sobre cómo cambiarse de plan y los plazos para hacerlo.

Índice

Resumen de costos importantes para 2026.....	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios en el monto de desembolso máximo.....	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	9
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	13
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan.....	14
Sección 3.2 ¿Se puede realizar un cambio en algún otro momento del año?	14
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?.....	16

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* La prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p>Monto de desembolso máximo</p> <p>Este es el monto de desembolso <u>máximo</u> que usted pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B</p> <p>(Consulte la sección 1 para obtener más información).</p>	\$3,400	\$3,400
<p>Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria</p>	\$5 por visita.	\$5 por visita.
<p>Visitas al consultorio del especialista</p>	\$20 por visita.	\$20 por visita.
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Se incluye atención de agudos con internación, rehabilitación con internación, atención a largo plazo en hospitales y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en que usted es formalmente admitido en el hospital con indicación médica. El día anterior al día del alta es su último día de internación.</p>	<p>Hospitalización</p> <p>Días 1 a 5: \$125 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: \$0 por día.</p> <p>Atención de salud mental con internación (en hospital general)</p> <p>Días 1 a 5: \$125 por día.</p> <p>Días 6 a 90: \$0 por día.</p> <p>Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida luego</p>	<p>Hospitalización</p> <p>Días 1 a 5: \$125 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: \$0 por día.</p> <p>Atención de salud mental con internación (en hospital general)</p> <p>Días 1 a 5: \$125 por día.</p> <p>Días 6 a 90: \$0 por día.</p> <p>Nuestro plan solo cubre 90 días de una hospitalización para recibir servicios de salud mental por período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$0 por cada día de reserva de por vida</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p>luego del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Una vez usados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1 para obtener más información).</p>	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1 para obtener más información, por ejemplo, sobre el deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos del nivel 1: \$2 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 2: \$6 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 3: \$40 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. 	<p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos del nivel 1: \$2 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 2: \$6 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 3: \$40 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Medicamentos del nivel 4: \$90 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 5: 33 % del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. <p>Medicamentos del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>En este plan, no hay deducible por los medicamentos de la Parte D.</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos. 	<p>Medicamentos del nivel 4: \$90 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>Medicamentos del nivel 5: 33 % del costo por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. <p>Medicamentos del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.</p> <p>En este plan, no hay deducible por los medicamentos de la Parte D.</p> <p>Etapa de cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0.00	\$0.00
Prima adicional para beneficios suplementarios opcionales Si usted se inscribió en un paquete de beneficios suplementarios opcionales, tendrá que pagar esta prima, aparte de la prima mensual del plan especificada anteriormente. (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	Delta Dental Medicare Advantage DHMO Prima mensual adicional de \$13.00. Delta Dental Medicare Advantage PPO Prima mensual adicional de \$40.00.	Delta Dental Medicare Advantage DHMO Prima mensual adicional de \$13.00. Delta Dental Medicare Advantage PPO Prima mensual adicional de \$55.00.

Factores que podrían afectar el monto de la prima para la cobertura de la Parte D

- **Multa por inscripción tardía:** 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.
- **Recargo por ingreso más alto:** 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 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 se pagó este monto, por lo general, no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Monto de desembolso máximo</p> <p>Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para alcanzar el monto de desembolso máximo.</p> <p>Los costos de medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular el monto de desembolso máximo.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por dichas partes durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por dichas partes durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambia para el próximo año. Consulte el *Directorio de proveedores de 2026*, en www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de la red. Tiene estas opciones para conseguir una versión actualizada del *Directorio de proveedores*:

- Visite nuestro sitio web: www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre algún proveedor o pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Existe la posibilidad de que, en el transcurso del año, cambiemos los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si, a mitad de año, usted se viera afectado por algún cambio que hiciéramos respecto de los proveedores, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para solicitar ayuda. (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Para obtener más información sobre los derechos que usted puede ejercer cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la sección 2.3 del capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red 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.

Nuestra red de farmacias cambia para el próximo año. Consulte el *Directorio de farmacias* de 2026, en www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy, para ver qué farmacias están en nuestra red. Tiene estas opciones para conseguir una versión actualizada del *Directorio de farmacias*:

- Visite nuestro sitio web: www.sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener información actualizada sobre alguna farmacia o para pedirnos que le enviemos una copia del *Directorio de farmacias* por correo postal. (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Existe la posibilidad de que, en el transcurso del año, cambiemos las farmacias que forman parte de nuestro plan. Si, a mitad de año, usted se viera afectado por algún cambio que hiciéramos respecto de las farmacias, llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para solicitar ayuda. (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Delta Dental Medicare Advantage PPO	Prima mensual adicional de \$40.	Prima mensual adicional de \$55.
Beneficio suplementario opcional ofrecido a través de Delta Dental	Asignación máxima de \$3,000 por año para servicios dentales integrales. Será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.	Asignación máxima de \$3,000 por año para servicios dentales integrales. Será responsable de todo monto que supere la asignación máxima de beneficios.
Terapia escalonada para medicamentos de la Parte B	No corresponde.	Nuestro plan requiere terapia escalonada para ciertos medicamentos de la Parte B.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH	No corresponde.	No hay coseguro, copago ni deducible para el

Costo	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		beneficio de profilaxis preexposición.
Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis C	No corresponde.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos 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** por correo postal. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para solicitarla. (Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían incluir la eliminación o la incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que aplicamos a la cobertura de algunos medicamentos, o el traspaso de medicamentos a un nivel de costo compartido diferente.

Repase 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 usted se vea afectado por otros cambios que realicemos en el transcurso del año calendario permitidos por las reglas de Medicare. 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 o en el transcurso del año, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con la persona autorizada para recetar a fin de conocer cuáles son sus opciones, por ejemplo, pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar otro medicamento. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711).

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra los costos que usted paga por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
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.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: 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 la tabla a continuación para ver los cambios para 2026 respecto del año 2025.

Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. 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. Si quiere obtener más información sobre los costos de las vacunas, de algún suministro a largo plazo o del servicio de encargo de medicamentos por correo, consulte el capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

Cuando haya pagado \$2,100 de costos de desembolso por los medicamentos de la Parte D cubiertos, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	Copago de \$2	Copago de \$2
<p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	Copago de \$6	Copago de \$6

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	<p>Copago de \$40</p> <ul style="list-style-type: none"> En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. 	<p>Copago de \$40</p> <ul style="list-style-type: none"> En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan.
<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	<p>Copago de \$90</p>	<p>Copago de \$90</p>
<p>Nivel 5: Medicamentos de especialidad</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	<p>33 % del costo total.</p> <ul style="list-style-type: none"> En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan. 	<p>33 % del costo total.</p> <ul style="list-style-type: none"> En este nivel, paga \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por el plan.
<p>Nivel 6: Medicamentos seleccionados</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>Copago de \$0</p>

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago disponible a partir de este año. Lo ayuda a administrar los costos de desembolso por los medicamentos que cubre nuestro plan, ya que los distribuye a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Tal vez usted ya usa esta opción de pago.	<p>Si usted ya usa el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y conserva su plan de la Parte D actual, su participación en el plan de pago se renovará automáticamente para el año 2026.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO), no hace falta que haga nada.

A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Sharp Direct Advantage Basic (HMO) para 2026.

Si quiere cambiarse de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** 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 cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el plan de medicamentos de Medicare que haya elegido. Se le dará de baja del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) automáticamente.

- **Para cambiarse a Original Medicare sin cobertura de medicamentos,** solicítenos por escrito la baja. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información al respecto (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711). O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la baja. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026*, llame al Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud del estado de California (consulte la sección 5) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Recuerde que Sharp Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. La cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido podrían ser distintos en los otros planes.

Sección 3.1 Plazos 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 2026.

Si, para el 1.º de enero de 2026, usted se inscribió en un plan Medicare Advantage y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (con cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Se puede realizar un cambio en algún otro momento del año?

En determinadas situaciones, podría haber otras oportunidades durante el año para cambiar de cobertura. Ese podría ser el caso, por ejemplo, de quienes cumplen con estos requisitos:

- Tienen Medi-Cal.
- Reciben asistencia del programa Ayuda Adicional para pagar medicamentos.
- Tienen la cobertura que les ofrece su empleador o van a abandonar dicha cobertura.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

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 en el momento que sea a cualquier otro plan de salud de Medicare (con cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (con cobertura de medicamentos de Medicare aparte o sin ella). Si acaba de abandonar dicha institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante los 2 meses completos posteriores al mes en el que se mudó del centro en cuestión.

SECCIÓN 4 **Obtenga ayuda para pagar medicamentos con receta**

Usted podría reunir las condiciones para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían reunir las condiciones para el programa Ayuda Adicional, que ayuda a pagar 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 del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, a quienes califican para este programa no se les cobra una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne las condiciones para participar, llame a las siguientes entidades:
 - Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. La línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social: 1-800-772-1213. Llame 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 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 del 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, se debe cumplir con ciertos criterios, como 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 cobertura de Medicare Parte D que también tienen cobertura del ADAP reúnen las condiciones para la asistencia con el pago del costo compartido de medicamentos 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.
- **Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** Esta es una opción de pago disponible a partir de este año que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual. Lo ayuda a administrar los costos de desembolso por los medicamentos que cubre nuestro plan, ya que los distribuye a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago está disponible para quienes tienen un plan de salud o de medicamentos de Medicare (por ejemplo, un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos). **Podría servirle para administrar sus gastos, pero no le sirve para ahorrar dinero ni para reducir los costos de sus medicamentos.**

El programa Ayuda Adicional de Medicare, el programa de asistencia farmacéutica estatal y el ADAP (si reúne las condiciones para participar) le ofrecen mayores ventajas que el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos nuestros miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago. Para obtener más información al respecto, llámenos al 855-222-3183 o visite www.Medicare.gov. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba ayuda de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. (Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711).**

Atendemos llamadas 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 próximo día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea la *Evidencia de cobertura de 2026***

En este *Aviso anual de cambios*, se resumen los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura de 2026* del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios que ofrece nuestro plan. En ella se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources, o llame a Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia.

- **Visite www.sharpmedicareadvantage.com**

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*).

Obtenga 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).

Llame al HICAP para obtener asesoramiento personalizado gratuito sobre seguros de salud. También pueden ayudarlo a entender las opciones que ofrecen los planes de Medicare y responder las preguntas relacionadas con los cambios de plan. Llame al HICAP al 1-858-565-1392. Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<https://elaca.org/medicare-health-insurance-support/>).

Obtenga ayuda de Medicare

- **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 los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Chatee en vivo con un representante en www.Medicare.gov**
Puede chatear en vivo con un representante desde www.Medicare.gov/talk-to-someone.
- **Escriba a Medicare**
Para comunicarse con Medicare, escriba a la siguiente dirección: P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.
- **Visite www.Medicare.gov**
El sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y la calidad (calificaciones con estrellas) para que usted pueda comparar los planes de salud de Medicare que se ofrecen en su área.
- **Lea el manual *Medicare y usted 2026***
El manual *Medicare y usted 2026* se envía cada año, en otoño, a los beneficiarios de 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. Para obtener una copia, visite www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

English

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call at 1-855-562-8853 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-562-8853 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-562-8853 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-562-8853 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-562-8853 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-562-8853 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-562-8853 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-562-8853 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ລາວ

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-562-8853 (TTY: 711) ຫຼື ວິມັກັບຟຣີໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-562-8853 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

తెలుగు

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

SHARP Health Plan

Consider us your personal health care assistant[®]

sharpmedicareadvantage.com

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