

# SHARP Health Plan

---

## Resumen de beneficios para 2026

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

**Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)**

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

# 1

## SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre los beneficios que aquí se brinda es un resumen de los servicios cubiertos y lo que usted paga. No contiene todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, comuníquese con nosotros y solicite la *Evidencia de cobertura*. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

### Tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es recibir los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (pago por servicio de Medicare). Original Medicare es operada directamente por el Gobierno federal.
- Otra opción es recibir los beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare, como **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)**.

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)** y de lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes sus *Resúmenes de beneficios*. También puede utilizar el buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actualizado **Medicare y usted**. Consúltelo en línea, en <https://www.medicare.gov>, u obtenga una copia 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

- Lo que necesita saber sobre el plan **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)**.
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de medicamentos con receta.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande.

Es posible que este documento esté disponible en otros idiomas aparte del inglés. Para obtener más información, llámenos al 1-855-562-8853 (TTY: 711).

## LO QUE NECESITA SABER SOBRE EL PLAN SHARP DIRECT ADVANTAGE SDPEBA (HMO)

### Horario de atención e información de contacto

- El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Fuera del horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)**, debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye este condado de California: San Diego.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

**Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recibe servicios de proveedores que no pertenecen a la red, es posible que el plan no pague esos servicios.

Por lo general, deberá obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D en farmacias de la red.

Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan en nuestro sitio web ([sharpmedicareadvantage.com/SDAfindadoctor](http://sharpmedicareadvantage.com/SDAfindadoctor)).

También puede llamarnos, y le enviaremos una copia de los *Directorios de proveedores y farmacias*.

### ¿Qué cubre el plan?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare... y *mucho más*. Algunos de los beneficios adicionales se enumeran en este folleto.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos quimioterapéuticos y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el *Formulario* completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com/SDAdruglist](http://sharpmedicareadvantage.com/SDAdruglist).
- También puede llamarnos, y le enviaremos una copia del *Formulario*.

## ¿Cómo podré calcular los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en seis niveles. Deberá usar el *Formulario* para encontrar a qué nivel pertenece su medicamento para calcular cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa de beneficios que usted haya alcanzado. Más adelante en este documento se explican las etapas de beneficios: etapa de cobertura inicial y etapa de cobertura catastrófica.

**Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Sharp Health Plan.**

## 2

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

### Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

#### PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE CUÁNTO PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b>               | \$219 por mes. Además, debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Deducible</b>                            | Deducible para servicios médicos: no corresponde.<br>Deducible para medicamentos con receta: no corresponde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Responsabilidad de desembolso máximo</b> | <p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si alcanza el límite de costos de desembolso, seguirá recibiendo servicios médicos y en hospital cubiertos. Nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D.</p> |

#### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención de internación en hospital</b> | <p><u><b>Dentro de la red:</b></u></p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de estadía en el hospital por salud mental durante el período de beneficios.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención ambulatoria en hospital</b>                                                                   | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Servicios ambulatorios en hospital: copago de entre \$10 y \$50.</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$50.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                                                       |
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>                                                                      | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$50.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                                                                                                                     |
| <b>Visitas al consultorio del médico</b>                                                                  | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$10.</p> <p>Visita al especialista: copago de \$10.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                                                              |
| <b>Atención preventiva</b><br><i>(p. ej., vacuna contra la gripe, prueba de detección de la diabetes)</i> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare a un costo compartido de \$0.</p> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención de emergencia</b>                        | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$50 por visita.</p> <p>Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia internacional: copago de \$50.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de urgencia</b>                         | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Copago de \$10 por visita.</p> <p>Cobertura de urgencia internacional: copago de \$50.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): copago de \$0.</p> <p>Radiografías: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): copago de \$0.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |
| <b>Servicios para la audición</b>                    | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$10.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas por año): copago de \$10.</p> <p>Evaluación o adaptación de audífonos: copago de \$10.</p> <p>Audífonos: nuestro plan paga hasta \$3,500 cada 3 años.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                  |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios dentales</b>                    | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Cobertura de Medicare: copago de \$10.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios para el cuidado de la vista</b> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido un examen anual para detectar glaucoma): copago de \$10.</p> <p>Examen de ojos de rutina (hasta 1 visita por año): copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0.</p> <p>Lentes de contacto: copago de \$0.</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): copago de \$20.</p> <p>Lentes de anteojos: copago de \$20.</p> <p>Marcos de anteojos: copago de \$20.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada 2 años por marcos de anteojos o hasta \$400 cada 2 años por lentes de contacto.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |
| <b>Atención de salud mental</b>              | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: copago de \$10.</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$10.</p> <p>Atención de salud mental con internación:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de estadía en el hospital por salud mental durante el período de beneficios.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Días 1 a 100: \$0 por día.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |
| <b>Terapia física</b>                           | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Terapia física: copago de \$10.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>                                                                          |
| <b>Ambulancia</b>                               | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$0.</p> <p>Ambulancia aérea: copago de \$0.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>                                                                                 |
| <b>Transporte</b>                               | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Medicamentos de Medicare Parte B</b>         | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos quimioterapéuticos: copago de \$0.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>                 |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>        | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia ocupacional: copago de \$10.</p> <p>Visita de terapias física, del habla y del lenguaje: copago de \$10.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> |
| <b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b> | <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los equipos médicos duraderos y los suministros relacionados.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>                                                               |
| <b>Artículos de venta libre</b>                          | <p>No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$100 cada tres meses por artículos de venta libre.</p>                                                                                             |

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

|                            |                                                                                                                                                                                                          |                         |                         |                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Deducible                  | Deducible para medicamentos con receta: no corresponde.                                                                                                                                                  |                         |                         |                          |
| Etapa de cobertura inicial | Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos totales de desembolso anual alcanzan los \$2,100. Los costos totales de desembolso anual son los costos que usted paga por medicamentos. |                         |                         |                          |
|                            | Costo compartido estándar en farmacias minoristas                                                                                                                                                        |                         |                         |                          |
|                            | Nivel                                                                                                                                                                                                    | Suministro para 30 días | Suministro para 60 días | Suministro para 100 días |
|                            | Nivel 1 (genéricos preferidos)                                                                                                                                                                           | Copago de \$10          | Copago de \$20          | Copago de \$30           |
|                            | Nivel 2 (genéricos)                                                                                                                                                                                      | Copago de \$10          | Copago de \$20          | Copago de \$30           |
|                            | Nivel 3 (de marca preferidos)                                                                                                                                                                            | Copago de \$20          | Copago de \$40          | Copago de \$60           |
|                            | Nivel 4 (no preferidos)                                                                                                                                                                                  | Copago de \$20          | Copago de \$40          | Copago de \$60           |
|                            | Nivel 5 (de especialidad)                                                                                                                                                                                | 25 % de coseguro        | No corresponde          | No corresponde           |
|                            | Nivel 6 (seleccionados)                                                                                                                                                                                  | Copago de \$0           | Copago de \$0           | Copago de \$0            |
|                            | Costo compartido estándar en encargos por correo                                                                                                                                                         |                         |                         |                          |
|                            | Nivel                                                                                                                                                                                                    | Suministro para 30 días | Suministro para 60 días | Suministro para 100 días |
|                            | Nivel 1 (genéricos preferidos)                                                                                                                                                                           | Copago de \$10          | Copago de \$20          | Copago de \$20           |
|                            | Nivel 2 (genéricos)                                                                                                                                                                                      | Copago de \$10          | Copago de \$20          | Copago de \$20           |
|                            | Nivel 3 (de marca preferidos)                                                                                                                                                                            | Copago de \$20          | Copago de \$40          | Copago de \$40           |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                |                |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|----------------|
|                                                      | Nivel 4<br>(no preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Copago de \$20   | Copago de \$40 | Copago de \$40 |
|                                                      | Nivel 5<br>(de especialidad)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25 % de coseguro | No corresponde | No corresponde |
|                                                      | Nivel 6<br>(seleccionados)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Copago de \$0    | Copago de \$0  | Copago de \$0  |
|                                                      | <p>El costo compartido podría ser distinto en una farmacia especializada en atención a largo plazo o en una farmacia fuera de la red.</p> <p>Llámenos o consulte la <b>Evidencia de cobertura</b> en nuestro sitio web (<a href="http://sharpmedicareadvantage.com">sharpmedicareadvantage.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p> |                  |                |                |
| <b>Monto para la etapa de cobertura catastrófica</b> | <p>Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos (incluido el deducible) alcanzan los \$2,100, usted pasa a la etapa de cobertura catastrófica. Durante esta etapa, usted no paga nada y el plan paga los costos restantes por medicamentos.</p>                                                                                                                       |                  |                |                |

## DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libres de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-855-562-8853 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY: 711).

**Sharp Direct Advantage SDPEBA** es un plan de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Sharp Direct Advantage SDPEBA** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al plan. Se pueden aplicar algunas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.

El *Formulario*, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Sharp Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para decidir si cubriremos un servicio fuera de la red, les recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de organización antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número de Servicio a Miembros o consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La cobertura de salud se ofrece mediante Sharp Health Plan.

## Lista de control previa a la inscripción

Antes de decidirse por una inscripción, es importante que entienda bien nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, llame al 1-855-562-8853 (TTY 711) y hable con un representante de Servicio al Cliente.

### Cómo entender los beneficios

- ☐ Revise la lista de beneficios completa en la *Evidencia de cobertura*, en especial para ver esos servicios por los que habitualmente visita al médico. Visite [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com) para ver la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web o llame al 1-855-562-8853 (TTY 711) para solicitar una copia impresa.
- ☐ Revise el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que visita en la actualidad estén en la red. Si no están en la lista, es posible que tenga que elegir nuevos médicos.
- ☐ Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia donde adquiere sus medicamentos con receta esté en la red. Si no está en la lista, es posible que tenga que elegir una nueva para abastecer sus medicamentos con receta.

### Para entender las reglas importantes...

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B. Generalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses. Si usted no cobra beneficios del Seguro Social, por lo general, la prima se factura cada tres meses.
- ☐ Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2027.
- ☐ Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el *Directorio de proveedores*).

# 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 보조 기구 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 Sprachassistenzen 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 सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

### ລາວ

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-562-8853 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

### 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 ఫారమాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.



## **Conéctese con nosotros**

**Información de contacto:** 1-855-562-8853, TTY: 711

**Nombre de la organización:** Sharp Health Plan

**Sitio web de la organización:** [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com)