

SHARP Health Plan

Resumen de beneficios para 2026

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

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (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.

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 Gold (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este *Resumen de beneficios* le brinda un resumen de lo que cubren **Sharp Direct Advantage Gold (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Platinum (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 **Sharp Direct Advantage Gold (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Platinum (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 SHARP DIRECT ADVANTAGE GOLD (HMO) Y SHARP DIRECT ADVANTAGE PLATINUM (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.

¿Quién puede inscribirse?

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

Sharp Direct Advantage Gold (HMO) y **Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no pertenecen a la red, es posible que el plan no pague los 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* en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com.

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.
- 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 deducible, 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 Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

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

Prima mensual del plan	Usted no debe pagar una prima mensual aparte para el plan Sharp Direct Advantage Gold (HMO). Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.	\$62 por mes. Además, debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte B.
Deducible	Deducible para servicios médicos: no corresponde. Deducible de medicamentos con receta: \$350 para los niveles 4 y 5.	Deducible para servicios médicos: no corresponde. Deducible de medicamentos con receta: \$350 para los niveles 4 y 5.
Responsabilidad de desembolso máximo	Su límite anual en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$2,900 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 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.	Su límite anual en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$2,900 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. 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.

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS		
<p>Atención de internación en hospital</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$250 por día desde el día 1 hasta el día 7 en cada admisión.</p> <p>A partir del día 8: copago de \$0 por día.</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>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$200 por día desde el día 1 hasta el día 8 en cada admisión.</p> <p>A partir del día 9: copago de \$0 por día.</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>
<p>Atención ambulatoria en hospital</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios ambulatorios en hospital: copago de entre \$20 y \$225.</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$225.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios ambulatorios en hospital: copago de entre \$20 y \$175.</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$175.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
<p>Centro quirúrgico ambulatorio</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$225.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$175.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)**Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**

Visitas al consultorio del médico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$5. Visita al especialista: copago de \$20. Es posible que requiera autorización previa. Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$5. Visita al especialista: copago de \$20. Es posible que requiera autorización previa. Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, prueba de detección de la diabetes)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare a un costo compartido de \$0. Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato. Es posible que requiera autorización previa. Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare a un costo compartido de \$0. Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato. Es posible que requiera autorización previa. Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Atención de emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$150 por visita. Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Cobertura de emergencia internacional: copago de \$150.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$150 por visita. Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Cobertura de emergencia internacional: copago de \$150.</p>
Servicios de urgencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$30 por visita. Cobertura de urgencia internacional: copago de \$150.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$30 por visita. Cobertura de urgencia internacional: copago de \$150.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)**Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**

Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 15 % de coseguro.</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): copago de \$75.</p> <p>Servicios de mamografía de diagnóstico: copago de \$0.</p> <p>Radiografías: copago de \$10.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): copago de \$60.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 15 % de coseguro.</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 15 % de coseguro.</p> <p>Servicios de mamografía de diagnóstico: 0 % de coseguro.</p> <p>Radiografías: copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): 15 % de coseguro.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Servicios para la audición	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$5.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas por año): copago de \$5.</p> <p>Evaluación o adaptación de audífonos: copago de \$5.</p> <p>Audífonos: nuestro plan paga hasta \$4,000 cada 3 años.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$5.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas por año): copago de \$5.</p> <p>Evaluación o adaptación de audífonos: copago de \$5.</p> <p>Audífonos: nuestro plan paga hasta \$4,800 cada 3 años.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura de Medicare: copago de \$35.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura de Medicare: copago de \$30.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p> <p>Delta Dental Medicare Advantage HMO</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen oral: copago de entre \$0 y \$5.• Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$15.• Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$0. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de diagnóstico: copago de entre \$0 y \$5.• Servicios de restauración: copago de entre \$20 y \$425.
---------------------------	--	---

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)**Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**

		<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia: copago de entre \$0 y \$475. • Periodoncia: copago de entre \$0 y \$450. • Prostodoncia (fija y extraíble): copago de entre \$20 y \$495. • Cirugía bucal y maxilofacial: copago de entre \$0 y \$65. <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión de su dentista de la red.</p>
--	--	--

SERVICIOS DENTALES SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (1)

¿Cuánto es la prima mensual?	Si elige este beneficio suplementario opcional, pagará un adicional de \$13 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B y la prima mensual de su plan.	No corresponde
¿Cuánto es el deducible?	No hay deducibles.	No corresponde
¿Cuál es el pago máximo que pagará este plan por año calendario?	Este plan dental no tiene límite de cobertura por año calendario.	No corresponde

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

<p>Servicios dentales opcionales de HMO</p>	<p>Delta Dental Medicare Advantage HMO</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oral: copago de entre \$0 y \$5. • Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$15. • Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$0. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico: copago de entre \$0 y \$5. • Servicios de restauración: copago de entre \$20 y \$425. • Endodoncia: copago de entre \$0 y \$475. • Periodoncia: copago de entre \$0 y \$450. • Prostodoncia (fija y extraíble): copago de entre \$20 y \$495. • Cirugía bucal y maxilofacial: copago de entre \$0 y \$65. <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión de su dentista de la red.</p>	<p>Delta Dental Medicare Advantage HMO</p> <p>Incluidos en su plan de beneficios.</p>
--	---	--

SERVICIOS DENTALES SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (2)

<p>¿Cuánto es la prima mensual?</p>	<p>Si elige este beneficio suplementario opcional, pagará un adicional de \$55 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B y la prima mensual de su plan.</p>	<p>Si elige este beneficio suplementario opcional, pagará un adicional de \$55 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B y la prima mensual de su plan.</p>
<p>¿Cuánto es el deducible?</p>	<p>No hay deducibles.</p>	<p>No hay deducibles.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

¿Cuál es el pago máximo que pagará este plan por año calendario?	Este plan dental tiene un límite de cobertura por año calendario de \$3,000.	Este plan dental tiene un límite de cobertura por año calendario de \$3,000.
Servicios dentales opcionales de PPO	Delta Dental Medicare Advantage PPO Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none">• Examen oral: copago de entre \$0 y \$5.• Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$15.• Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$0. Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none">• Servicios de diagnóstico: copago de entre \$0 y \$5.• Servicios de restauración: copago de entre \$20 y \$425.• Endodoncia: copago de entre \$0 y \$475.• Periodoncia: copago de entre \$0 y \$450.• Prostodoncia (fija y extraíble): copago de entre \$20 y \$495.• Cirugía bucal y maxilofacial: copago de entre \$0 y \$65.	Delta Dental Medicare Advantage PPO Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none">• Examen oral: copago de entre \$0 y \$5.• Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$15.• Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): copago de \$0. Servicios dentales integrales: <ul style="list-style-type: none">• Servicios de diagnóstico: copago de entre \$0 y \$5.• Servicios de restauración: copago de entre \$20 y \$425.• Endodoncia: copago de entre \$0 y \$475.• Periodoncia: copago de entre \$0 y \$450.• Prostodoncia (fija y extraíble): copago de entre \$20 y \$495.• Cirugía bucal y maxilofacial: copago de entre \$0 y \$65.

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

<p>Servicios para el cuidado de la vista</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido un examen anual para detectar glaucoma): copago de entre \$0 y \$20.</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 \$0.</p> <p>Lentes de anteojos: copago de \$0.</p> <p>Marcos de anteojos: copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por marcos de anteojos o hasta \$300 cada año por lentes de contacto.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido un examen anual para detectar glaucoma): copago de entre \$0 y \$20.</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 \$0.</p> <p>Lentes de anteojos: copago de \$0.</p> <p>Marcos de anteojos: copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por marcos de anteojos o hasta \$300 cada año por lentes de contacto.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
<p>Atención de salud mental</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: copago de \$20.</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$20.</p> <p>Atención de salud mental con internación:</p> <p>Copago de \$250 por día desde el día 1 hasta el día 7 en cada admisión.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: copago de \$20.</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$20.</p> <p>Atención de salud mental con internación:</p> <p>Copago de \$200 por día desde el día 1 hasta el día 7 en cada admisión.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)**Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**

	<p>Copago de \$0 por día desde el día 8 hasta el día 90.</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>	<p>Copago de \$0 por día desde el día 8 hasta el día 90.</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>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 1 hasta el día 20.</p> <p>Copago de \$125 por día desde el día 21 hasta el día 41.</p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 42 hasta el día 100.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 1 hasta el día 20.</p> <p>Copago de \$125 por día desde el día 21 hasta el día 41.</p> <p>Copago de \$0 por día desde el día 42 hasta el día 100.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Terapia física	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Terapia física: copago de \$30.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Terapia física: copago de \$30.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Ambulancia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$250.</p> <p>Ambulancia aérea: copago de \$250.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Ambulancia terrestre: copago de \$250.</p> <p>Ambulancia aérea: copago de \$250.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>
Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Sin cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Sin cobertura.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)**Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)**

Medicamentos de Medicare Parte B	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los quimioterapéuticos: 20 % de coseguro.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20 % de coseguro.</p> <p>Ciertos medicamentos pueden estar sujetos a un monto de coseguro más bajo.</p> <p>El costo compartido por insulina obtenida a través de un proveedor de equipo médico duradero está sujeto a un copago máximo de \$35 por un suministro de 1 mes.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como los quimioterapéuticos: 20 % de coseguro.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20 % de coseguro.</p> <p>Ciertos medicamentos pueden estar sujetos a un monto de coseguro más bajo.</p> <p>El costo compartido por insulina obtenida a través de un proveedor de equipo médico duradero está sujeto a un copago máximo de \$35 por un suministro de 1 mes.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia ocupacional: copago de \$30.</p> <p>Visita de terapias del habla y del lenguaje: copago de \$30.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia ocupacional: copago de \$30.</p> <p>Visita de terapias del habla y del lenguaje: copago de \$30.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p> <p>Es posible que requiera remisión del médico.</p>
Equipo médico duradero y suministros relacionados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>20 % de coseguro.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>15 % de coseguro.</p> <p>Es posible que requiera autorización previa.</p>
Artículos de venta libre	<p>No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$140 cada tres meses por artículos de venta libre.</p>	<p>No se aplican coseguro, copagos ni deducibles para los artículos de venta libre cubiertos.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$180 cada tres meses por artículos de venta libre.</p>

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Deducible	Deducible de medicamentos con receta: \$350 para los niveles 4 y 5. Una vez que alcanza el deducible, pasa a la etapa de cobertura inicial.	Deducible de medicamentos con receta: \$350 para los niveles 4 y 5. Una vez que alcanza el deducible, pasa a la etapa de cobertura inicial.																																
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.	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.																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="491 618 1228 695">Costo compartido estándar en farmacias minoristas</th> </tr> <tr> <th data-bbox="491 695 858 743">Nivel</th> <th data-bbox="858 695 1228 743">Suministro para 30 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="491 743 858 841">Nivel 1 (genéricos preferidos)</td> <td data-bbox="858 743 1228 841">Copago de \$2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 841 858 938">Nivel 2 (genéricos)</td> <td data-bbox="858 841 1228 938">Copago de \$8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 938 858 1036">Nivel 3 (De marca preferidos)</td> <td data-bbox="858 938 1228 1036">Copago de \$40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1036 858 1133">Nivel 4 (no preferidos)</td> <td data-bbox="858 1036 1228 1133">Copago de \$90</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1133 858 1230">Nivel 5 (de especialidad)</td> <td data-bbox="858 1133 1228 1230">29 % de coseguro.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1230 858 1323">Nivel 6 (seleccionados)</td> <td data-bbox="858 1230 1228 1323">Copago de \$0</td> </tr> </tbody> </table>	Costo compartido estándar en farmacias minoristas		Nivel	Suministro para 30 días	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$2	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$8	Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40	Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90	Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.	Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="1253 618 1990 695">Costo compartido estándar en farmacias minoristas</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1253 695 1621 743">Nivel</th> <th data-bbox="1621 695 1990 743">Suministro para 30 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1253 743 1621 841">Nivel 1 (genéricos preferidos)</td> <td data-bbox="1621 743 1990 841">Copago de \$2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1253 841 1621 938">Nivel 2 (genéricos)</td> <td data-bbox="1621 841 1990 938">Copago de \$8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1253 938 1621 1036">Nivel 3 (De marca preferidos)</td> <td data-bbox="1621 938 1990 1036">Copago de \$40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1253 1036 1621 1133">Nivel 4 (no preferidos)</td> <td data-bbox="1621 1036 1990 1133">Copago de \$90</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1253 1133 1621 1230">Nivel 5 (de especialidad)</td> <td data-bbox="1621 1133 1990 1230">29 % de coseguro.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1253 1230 1621 1323">Nivel 6 (seleccionados)</td> <td data-bbox="1621 1230 1990 1323">Copago de \$0</td> </tr> </tbody> </table>	Costo compartido estándar en farmacias minoristas		Nivel	Suministro para 30 días	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$2	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$8	Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40	Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90	Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.	Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0
	Costo compartido estándar en farmacias minoristas																																	
	Nivel	Suministro para 30 días																																
	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$2																																
	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$8																																
	Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40																																
	Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90																																
Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.																																	
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0																																	
Costo compartido estándar en farmacias minoristas																																		
Nivel	Suministro para 30 días																																	
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$2																																	
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$8																																	
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40																																	
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90																																	
Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.																																	
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0																																	

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$4
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$16
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$4
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$16
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$6
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$24
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$120
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$270
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Nivel	Suministro para 100 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$6
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$24
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$120
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$270
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Costo compartido estándar en encargos por correo	
Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90
Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0
Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Costo compartido estándar en encargos por correo	
Nivel	Suministro para 30 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$40
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$90
Nivel 5 (de especialidad)	29 % de coseguro.
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0
Nivel	Suministro para 60 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0
Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80
Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180
Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0

Sharp Direct Advantage Gold (HMO)

Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)

	Nivel	Suministro para 100 días	Nivel	Suministro para 100 días
	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0
	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0
	Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80	Nivel 3 (De marca preferidos)	Copago de \$80
	Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180	Nivel 4 (no preferidos)	Copago de \$180
	Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde	Nivel 5 (de especialidad)	No corresponde
	Nivel 6 (seleccionados)	Copago de \$0	Nivel 6 (seleccionados)	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 Evidencia de cobertura en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>		<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 Evidencia de cobertura en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>	
Monto para la etapa de cobertura catastrófica	<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>		<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 Gold (HMO) y Sharp Direct Advantage Platinum (HMO) son planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud que tienen contrato con Medicare. La inscripción en **Sharp Direct Advantage Gold (HMO) y Sharp Direct Advantage Platinum (HMO)** 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 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 libheng 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 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 information 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 చెయ్యగల ఫారాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో 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