



Aviso anual de cambios para 2019 de Sharp Direct AdvantageSM



Plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)
para empleados de Sharp HealthCare y sus dependientes

Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es ofrecido por Sharp Health Plan.

Aviso anual de cambios para 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Sharp Advantage (HMO). El próximo año, se producirán ciertos cambios en los costos y beneficios del plan. Estos se explican en este manual.

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

Qué debe hacer ahora

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.**
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que podrá satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios de nuestra cobertura de medicamentos con receta en este manual para saber si lo afectan.**
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos con receta?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como obtener nuestra aprobación previa para poder abastecer su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Se han modificado los costos para utilizar esta farmacia?
 - Revise la *Lista de medicamentos para 2019* y consulte la sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de costo más bajo que estén a su disposición; esto puede ahorrarle costos de desembolso durante el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y, además, muestran información sobre los precios de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

-
- Verifique si sus médicos y demás proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Siguen sus médicos estando en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y los otros proveedores que usa?
 - Consulte las secciones 2.3 y 2.4 para obtener información sobre la Lista de proveedores y farmacias.
 - Considere los costos generales que requiere su atención de salud.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa habitualmente?
 - ¿Cuánto pagará por su prima y sus deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Piense si está conforme con nuestro plan.**

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de planes disponibles en su área.**
 - Utilice la herramienta de búsqueda personalizada en “Medicare Plan Finder” (Buscador de planes de Medicare) que se encuentra en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista que se encuentra al final del manual *Medicare y usted*.
- Una vez que elija un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.**

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si decide **conservar** Sharp Advantage, no necesita hacer nada. Permanecerá en nuestro plan.
- Para cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe inscribirse en el nuevo plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018.

- Si **no lo hace antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en nuestro plan.
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2019.

Fuentes de información adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener información adicional (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
- Someone who speaks English language can help you. This is a free service.
- Esta información está disponible en letras grandes.
- La cobertura conforme a este plan reúne los requisitos como cobertura de salud calificada y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Ingrese en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

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

Resumen de costos importantes para 2019

En el siguiente cuadro, se comparan los costos en 2018 y 2019 de nuestro plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios* y revise la *Evidencia de cobertura* para saber si algún cambio en los beneficios o costos lo afecta.** En nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources, podrá encontrar la *Evidencia de cobertura* actualizada.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 2.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Monto de desembolso máximo Este es el monto de desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B (consulte la sección 2.2 para obtener más detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: \$5 por visita Visitas al especialista: \$20 por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$5 por visita Visitas al especialista: \$20 por visita
Servicios de hospitalización Incluye atención de agudos con internación, rehabilitación con internación, atención a largo plazo 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.	Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día.	Días 1 a 5: \$125 por día. Día 6 en adelante: \$0 por día.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: Copago o coseguro de \$0 según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del nivel 1: \$2 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 2: \$6 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 5: 33 % por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. 	<p>Deducible: Copago o coseguro de \$0 según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del nivel 1: \$2 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 2: \$6 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 5: 33 % por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro de un mes en farmacias de venta minorista.

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2 Cambios en el monto de desembolso máximo.....	4
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	5
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	6
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	9
Sección 2.1 Si desea permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	9
Sección 2.2 Si desea cambiar de plan.....	9
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan.....	10
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	10
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	11
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....	11
Sección 6.1 Cómo obtener ayuda del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	11
Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare	12

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si participa en el programa Ayuda Adicional para afrontar los costos de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 Cambios en el monto de desembolso máximo

Para protegerlo, 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 haya alcanzado este monto, por lo general, no deberá pagar nada por los servicios cubiertos por la Parte A y por la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto de desembolso máximo Los costos por sus servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo. Los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	\$3,400 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 servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. En nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources, podrá encontrar la *Lista de proveedores y farmacias* actualizada. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo la *Lista de proveedores y farmacias*. **Para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red, revise la *Lista de proveedores y farmacias para 2019*.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen muchas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan; sin embargo, si su médico o especialista así lo deciden, usted tiene ciertos derechos y protecciones:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención de salud.
- Si está recibiendo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que este no se interrumpa. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que no suceda.
- Si cree que no le brindamos un proveedor calificado para que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se administra como corresponde, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

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.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources, podrá encontrar la *Lista de proveedores y farmacias* actualizada. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos por correo la *Lista de proveedores y farmacias*. **Para saber qué farmacias están en nuestra red, revise la *Lista de proveedores y farmacias para 2019*.**

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

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, “*Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)*”, de la *Evidencia de cobertura para 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Dental Advantage de Delta Dental</p> <p><i>El beneficio dental suplementario está disponible por una prima mensual adicional.</i></p> <p>Los servicios integrales incluyen extracciones ilimitadas.</p>	<p>Copago de \$35 a \$65.</p>	<p>Copago de \$35 a \$150.</p> <p>Consulte la sección 2.2 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina *Formulario* o *Lista de medicamentos*. Encontrará una copia de esta lista en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede recibir una copia de la *Lista de medicamentos* por correo llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran al final de este manual).

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que aplicamos a la cobertura de algunos medicamentos. **Revise la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

Si alguno de los cambios afecta la cobertura de un medicamento que toma, puede hacer lo siguiente:

- **Actuar junto con su médico (u otra persona autorizada para recetar) y solicitarle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. **Invitamos a nuestros miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura*, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)”, o llame a Servicio al Cliente.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada para recetar) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir, **por única vez**, un suministro temporal de un medicamento que no aparece en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su membresía, para evitar que se interrumpa el tratamiento. Para 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (LTC, en inglés) recibirán un suministro temporal de la misma cantidad de días que en los demás casos: hasta un máximo de 34 días de suministro de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (hasta un máximo de 98 días de suministro de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la sección 5.2 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué debe hacer una vez que dicho suministro se termine. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma.

Si hacemos una excepción y brindamos cobertura de un medicamento que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos*, esta cobertura caducará al finalizar el año de beneficios de su plan, salvo que se le informe lo contrario en el momento de la excepción. Consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* para obtener detalles de cómo solicitar una excepción.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es probable que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, antes de que hagamos cambios durante el año en nuestra *Lista de medicamentos* que requieran que le brindemos un aviso anticipado cuando tome un medicamento, le daremos un aviso de esos cambios 30 días, en lugar de 60, antes de que entren en vigor. O le daremos un suministro de 30 días, en lugar de 60, de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Le daremos este aviso antes de, por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* por un medicamento genérico o de hacer cambios según los recuadros de advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos o según las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la *Lista de medicamentos* durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (u otra persona autorizada para recetar) y solicitarle que haga una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra *Lista de medicamentos* en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para mostrar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos hacer en la *Lista de medicamentos*, consulte la sección 6 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un documento independiente que se llama Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también denominado Cláusula adicional de subvención por bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS). En este documento, encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si participa en el programa Ayuda Adicional y no recibe este cuadernillo en este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicítelo. Los números de teléfono de Servicio al Cliente figuran en la sección 8.1 de este manual.

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la sección 2 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources.

Cambios en la etapa de deducible

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapas 1: etapa de deducible anual	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Si desea obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la sección 1.2 del capítulo 6 de la Evidencia de cobertura, "Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos".

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o del servicio de encargo de medicamentos por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en dicha lista.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos del nivel 2: Usted paga \$6 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3: Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad del nivel 5: Usted paga el 33 % del costo.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos del nivel 2: Usted paga \$6 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3: Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad del nivel 5: Usted paga el 33 % del costo.</p> <p>Medicamentos selectos del nivel 6: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a las etapas de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2

Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Deseamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año; pero si quiere cambiar de plan para 2019, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- Puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si prefiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2019*, llame al Programa de Orientación y Defensa sobre Seguros de Salud de California (consulte la sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).

Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para planes de Medicare.

Recuerde que Sharp Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar según la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar** a un plan de salud de Medicare diferente, debe inscribirse en el nuevo plan. Se le dará de baja del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para solicitar la baja. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la sección 7.1 de este manual).
 - Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la baja. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3

Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar 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 2019.

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

En algunas situaciones, se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que participan en el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o dejarán de tenerla, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la sección 2.3 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: Si usted participa de un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2018 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la sección 2.2 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4

Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno 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).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene recursos del gobierno federal para brindar de manera gratuita asesoramiento local de seguros de salud a personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a entender las opciones que ofrecen los planes de Medicare y responder las preguntas relacionadas con los cambios de plan.

Puede comunicarse con el HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre el HICAP en el sitio web www.aging.ca.gov/hicap.

SECCIÓN 5

Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con recursos limitados pueden reunir las condiciones para el programa Ayuda Adicional, que ayuda a pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne las condiciones, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen las condiciones no tendrán una brecha de cobertura ni deberán pagar la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles, pero no lo saben. Para saber si reúne las condiciones, llame a alguna de 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para este programa y que viven con VIH o sida tengan acceso a medicamentos que puedan salvarles la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, como presentar prueba de lo siguiente: residencia en el estado, estado del VIH, bajos ingresos (según lo establece el estado) y falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen las condiciones para la asistencia del pago del costo compartido de medicamentos con receta a través del ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6

¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 **Cómo obtener ayuda del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD solamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura para 2019* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* resume los cambios de sus beneficios y costos para 2019. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para 2019* de su plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. Aquí se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare puede hacer lo siguiente:

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

Llame 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.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Este contiene toda la información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad para ayudarlo a comparar los diferentes planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener la información sobre los planes, ingrese en <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Cada otoño, enviamos este manual por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede descargarla del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o solicitarla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, constancia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y todas las otras leyes aplicables a organizaciones que reciben fondos federales, y otras leyes y reglas que correspondan por cualquier otra razón.

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sharp Health Plan:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853.

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar un agravo con nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department 8520 Tech Way, Suite 200 San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) Fax: 1-619-740-8572

Puede tramitar un agravo en persona, por correo o por fax. También puede completar el formulario de agravo o apelación en el sitio web del plan, en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TTY/TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de asistencia lingüística

Servicios de Asistencia Lingüística

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն հարկ է խոստում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-562-8853 (TTY/TDD (հեռատիպ) 711)։

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) تماس بگیرید.

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-562-8853 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese):

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-562-8853 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ
1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)។

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.
Hu rau 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-562-8853 (TTY/TDD:
711).



**Considérenos
su asistente personal de atención de salud®**

sharpmedicareadvantage.com

1-855-562-8853, los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711

Sharp Direct Advantage Basic es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Direct Advantage Basic depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD 711).

H5386_2019 EGWP Basic ANOC SP_M

