



2019-20 Sharp Direct Advantage[®] Aviso anual de cambios



Sharp Direct Advantage (HMO)

Exclusivamente para jubilados y dependientes elegibles de Medicare de la Ciudad de San Diego, patrocinado por San Diego Public Employee Benefit Association (SDPEBA)

Sharp Health Plan ofrece Sharp Direct Advantage (HMO).

Aviso Anual de Cambios para el 2019

Usted está inscrito actualmente como afiliado de Sharp Direct Advantage. El próximo año de beneficios habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. En este folleto se informa sobre los cambios.

- **Desde el 3 de junio hasta el 28 de junio tendrá que hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.**
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfará sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Controle los cambios de nuestra cobertura de medicamentos bajo receta en el folleto para ver si lo afectan.**
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tienen nuevas limitaciones, como el requisito de aprobación de nuestra parte antes de que se despache su medicamento bajo receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de costos menores que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de bolsillo en todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos paneles se destaca qué fabricantes han aumentado sus precios y también se muestra otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

Verifique si los médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos están en nuestra red?
- ¿Qué sucede con los hospitales o de otros proveedores que usa?
- Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Piense en sus costos de atención médica general.

- ¿Cuánto gastará de bolsillo por los servicios y los medicamentos bajo receta que usa habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Reflexione acerca de si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de plan.

Controle la cobertura y los costos de planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.
- Revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y usted*.

Una vez que haya elegido su opción de plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si quiere cambiar su plan.

- Si quiere **mantener** Sharp Direct Advantage, no debe hacer nada. Se mantendrá en nuestro plan.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 3 de junio y el 28 de junio.

4. INSCRÍBASE: para cambiar de plan, únase a un plan entre el 3 de junio y el 28 de junio de 2019.

- Si **no se une a otro plan antes del 28 de junio de 2019**, se mantendrá en nuestro plan.
- Si **se une a otro plan antes del 28 de junio de 2019**, su cobertura comenzará el 1 de agosto de 2019.

Recursos adicionales

- Existe una versión sin costo de este documento en español.
- Comuníquese con nuestro número de Atención al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener más información (usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes.
- Alguien que hable español podrá ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- Esta información puede obtenerse en letras grandes.
- La cobertura de este plan se considera como cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Cuidados de la Salud Asequibles (Affordable Care Act, ACA) y Protección al Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Sharp Direct Advantage (HMO)

- Sharp Health Plan es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La afiliación a Sharp Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se hace referencia a “nosotros” “nuestro” o “nos”, se refiere a Sharp Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Sharp Direct Advantage.

Resumen de los costos importantes para el 2019

En la tabla a continuación se comparan los costos de 2018 con los costos de 2019 para nuestro plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso Anual de Cambios* y que revise la *Evidencia de Cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources para ver si otros cambios en los costos o los beneficios lo afectan.**

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para ver los detalles.	\$194	\$201
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$1,500	\$1,500
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas a un especialista: \$10 por visita	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas a un especialista: \$10 por visita

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
<p>Estadías para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para pacientes hospitalizados con enfermedades agudas, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital con el pedido de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado.</p>	\$0 por día	\$0 por día
<p>Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para ver los detalles).</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamento: \$10 • Nivel 2 de medicamento: \$10 • Nivel 3 de medicamento: \$20 • Nivel 4 de medicamento: \$20 • Nivel 5 de medicamento: 25 % del costo • Nivel 6 de medicamento: \$0 	<p>Copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamento: \$10 • Nivel 2 de medicamento: \$10 • Nivel 3 de medicamento: \$20 • Nivel 4 de medicamento: \$20 • Nivel 5 de medicamento: 25 % del costo • Nivel 6 de medicamento: \$0

Aviso Anual de Cambios para el 2019

Índice

Resumen de los costos importantes para el 2019	1
SECCIÓN 1 Cambio en los beneficios y los costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	4
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 No hay cambios en sus beneficios o cantidades que paga por los servicios médicos.....	5
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D	6
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	9
Sección 2.1 Si desea quedarse en Sharp Direct Advantage.....	9
Sección 2.2 Si desea cambiar su 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 bajo receta.....	11
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	11
Sección 6.1 Obtener ayuda de Sharp Direct Advantage.....	11
Sección 6.2 Obtener ayuda de Medicare	12

SECCIÓN 1

Cambio en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$194	\$201

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por afiliación tardía a la Parte D de por vida por permanecer sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos mayores, es posible que deba pagar una cantidad adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “ayuda adicional” con los costos de medicamentos bajo receta.

Sección 1.2 Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud tengan límites para la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Una vez que alcanza esta cantidad, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de su gasto de bolsillo. La prima de su plan y sus costos para los medicamentos bajo receta no se tienen en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de su gasto de bolsillo.	\$1,500	\$1,500 Una vez que haya pagado \$1,500 de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año de beneficios.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada del proveedor o pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en cuanto a hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las cuales su proveedor puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos esfuerzos de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo para que continúe con el tratamiento de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar, y haremos todo lo posible para garantizarlo, que el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no le ofrecimos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está tratando correctamente, tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos bajo receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos bajo receta están cubiertos solo si se abastecen en una de nuestras farmacia de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener información actualizada de la farmacia o pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 No hay cambios en sus beneficios o cantidades que paga por los servicios médicos

Nuestros beneficios y lo que paga por estos servicios médicos cubiertos serán exactamente los mismos en 2019-2020 que los de 2018-2019.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o “lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra lista de medicamentos en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede obtener una copia de nuestra lista de medicamentos por correo postal si llama a Atención al Cliente (los números de teléfono están escritos al reverso de este folleto).

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las limitaciones que aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si hay cambios en las limitaciones.**

Si un cambio en la cobertura de los medicamentos lo afecta, usted puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otro profesional que extienda recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas de cobertura])* o llame a Atención al Cliente.
- **Buscar con su médico (u otro profesional que receta) un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la afiliación para evitar un bache en el tratamiento. Para 2019, los afiliados en las instalaciones de atención a largo plazo (long-term care, LTC) recibirán a partir de ahora un suministro temporal que en cantidad de días es equivalente al suministro temporal proporcionado en todos los otros 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 pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente que tenga cobertura por el plan o pedirle al plan que haga una excepción por usted y cubra el medicamento actual.

Si hacemos una excepción y cubrimos el medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, esta cobertura vencerá al final de su año de beneficios del plan, a menos que se le haya informado lo contrario en el momento en el que se hizo la excepción. Consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener detalles sobre cómo solicitar una excepción.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año podemos hacer otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, antes de hacer cambios en nuestra lista de medicamentos durante el año, para los cuales estamos obligados a informarle con anticipación cuando está usando un medicamento, le avisaremos con 30 días de anticipación, en lugar de 60, antes de que surtan efecto. O le daremos una reposición de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de

la red. Le avisaremos esto antes de reemplazar, por ejemplo, un medicamento de marca en la lista de medicamentos por un medicamento genérico o antes de hacer cambios de conformidad con las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que aparecen en el prospecto del envase o las normas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.

Si hacemos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, usted aún puede hablar con su médico (u otro profesional que extienda recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para que cubramos el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según el cronograma y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podamos hacer a la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos bajo receta

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos para los medicamento bajo receta de la Parte D no se apliquen a usted.** Le enviamos un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos bajo receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]” o “Cláusula adicional de LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “ayuda adicional” y no ha recibido este encarte, llame a Atención al Cliente y pida la “Cláusula adicional de LIS”. Los números de teléfono de Atención al Cliente se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamento en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

En la información a continuación se muestran los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: el etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llegan a las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura* ubicada en nuestro sitio web en sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources.)

Cambios en la etapa de deducible

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
Etapas 1: etapa de deducible anual	Como no tiene deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Como no tiene deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar para los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Costos	2018-2019 (este año)	2019-2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando se despacha su receta en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo, o para recetas de pedido por correo postal, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes que se despacha en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el 25 % de los costos.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Una vez que los costos de bolsillo han alcanzado los \$5,000, avanzará a la próxima etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes que se despacha en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el 25 % de los costos.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Una vez que los costos de bolsillo han alcanzado los \$5,100, avanzará a la próxima etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamento (la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a la etapa de brecha de cobertura o a la etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener más información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2

Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea quedarse en Sharp Direct Advantage

Para quedarse en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare, se quedará inscrito automáticamente como afiliado de nuestro plan para 2019-2020.

Sección 2.2 Si desea cambiar su plan

Esperamos que siga siendo afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para 2019-2020, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones.

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se uno o no a un plan de medicamentos de Medicare.

Para conocer más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2019*, llame a su Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Diríjase a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”. **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura.

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Se lo dará de baja automáticamente de Sharp Direct Advantage.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos bajo receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Se lo dará de baja automáticamente de Sharp Direct Advantage.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos bajo receta**, debe hacer uno de los siguientes pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Comunicarse con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O bien*, comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida que lo den de baja. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3

Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **3 de junio hasta el 28 de junio**. El cambio entrará en vigor el 1 de agosto de 2019.

¿Hay algún otro momento en el año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten los cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se les permite hacer un cambio en otro momento del año a las personas con Medicaid, a las personas que reciben “ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, a las personas que tienen o abandonan una cobertura de empleador y a las personas que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

SECCIÓN 4

Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar, de manera gratuita, asesoramiento local sobre los seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de plan de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222.

Puede conocer más sobre el HICAP si visita su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 5

Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta

Puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar medicamentos bajo receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados puede reunir los requisitos para recibir “ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos primas mensuales de medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguros. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán brecha de cobertura ni multa por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si usted es elegible, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina de Seguro Social, al 1-800-772-1213 entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido de los medicamentos bajo receta para personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.** El Programa de Asistencia para los Medicamentos del Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que cumplan con los requisitos del ADAP y que tengan el VIH/sida tengan acceso a medicamentos de calidad de vida contra el VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios, que incluyen una prueba de residencia del estado y prueba del estado del VIH, una prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos bajo receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen los requisitos para la asistencia de costo compartido de medicamentos bajo receta a través del Programa de Asistencia para los Medicamentos del Sida. Para recibir información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6

¿Preguntas?

Sección 6.1 Obtener ayuda de *Sharp Direct Advantage*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Atención al Cliente al 1-855-562-8853, (únicamente los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos a su disposición para

recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2019* (incluye información detallada sobre los beneficios y los costos del próximo año)

En este *Aviso Anual de Cambios* se resumen los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2019-2020* de su plan. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En esta se explican sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos bajo receta. Hay 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 en sharpmedicareadvantage.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos).

Sección 6.2 Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, diríjase a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual de *Medicare y usted 2019*. Todos los otoños se envía este folleto por correo postal a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de no discriminación

No discriminamos por la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado mental, la experiencia de reclamaciones, el historial médico, la información genética, la evidencia de seguro o la ubicación geográfica. Todas las organizaciones que brindan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con 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, Sección 1557 de la Ley de Cuidados de la Salud Asequibles y todas las otras leyes que aplican a organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley y norma que aplique por algún otro motivo.

Sharp Health Plan cumple con todas las leyes federales pertinentes sobre derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (como con letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si usted cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentarle una queja formal a nuestro coordinador de Derechos Civiles a:

- 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

También puede presentar una queja formal personalmente o por correo o fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Language Assistance Services

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 ԵՐԻ խոսում 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。

آريبرعلا (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល 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 para la
atención médica®**

sharpmedicareadvantage.com

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

Sharp Health Plan es un plan de organización de mantenimiento de la salud (Health maintenance organization, HMO) con un contrato de Medicare. La afiliación a Sharp Health Plan 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_2019-2020 SDPEBA ANOC SP_M
Actualizado en mayo de 2019

