

---

# SHARP Health Plan

---

## 2023 Resumen de beneficios

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

**Sharp Direct Advantage (HMO)**

Del 1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

# 1

## SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL *RESUMEN DE BENEFICIOS*

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

### Tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

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

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este *Resumen de beneficios* le brinda un resumen de lo que cubre **Sharp Direct Advantage (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 quiere obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actualizado **Medicare y usted**. Consúltelo en línea, en <https://www.medicare.gov>, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Secciones de este folleto

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

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

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

## Lo que necesita saber sobre el plan Sharp Direct Advantage (HMO)

### Horario de atención e información de contacto

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

### ¿Quién puede inscribirse?

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

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

**Sharp Direct Advantage (HMO)** tiene 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* del plan en nuestro sitio web ([sharpmedicareadvantage.com/SDAfindadoctor](http://sharpmedicareadvantage.com/SDAfindadoctor)).

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

### ¿Qué cubre el plan?

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

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

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

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

El 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: cobertura inicial, etapa de brecha de cobertura o 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 (HMO)

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

<b>Prima mensual del plan</b>	\$208 por mes. Además, debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte B.
<b>Deducible</b>	Deducible médico: no corresponde. Deducible de medicamentos con receta: no corresponde.
<b>Responsabilidad de desembolso máximo</b>	Su límite anual en este plan: <ul style="list-style-type: none"><li>• \$1,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li></ul> 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 con receta de la Parte D.

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

<b>Atención de internación en hospital</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> Copago de \$0. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 90 días de estadía en el hospital por salud mental durante el período de beneficios.
--	---

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

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

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

<p><b>Centro de enfermería especializada</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.  Días 1 a 100: \$0 por día.  Es posible que requiera autorización previa.  Es posible que requiera remisión del médico.</p>
<p><b>Terapia física</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Terapia física: copago de \$10.  Es posible que requiera autorización previa.  Es posible que requiera remisión del médico.</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Ambulancia terrestre: copago de \$0.  Ambulancia aérea: copago de \$0.  Es posible que requiera autorización previa.</p>
<p><b>Traslado</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Sin cobertura.</p>
<p><b>Medicamentos de Medicare Parte B</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos quimioterapéuticos: copago de \$0.  Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0.  Es posible que requiera autorización previa.</p>
<p><b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Visita de terapia ocupacional: copago de \$10.  Visita de terapias del habla y del lenguaje: copago de \$10.  Es posible que requiera autorización previa.  Es posible que requiera remisión del médico.</p>

## BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

<b>Deducible</b>	Deducible de medicamentos con receta: no corresponde.			
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus costos anuales de desembolso en medicamentos alcanzan los \$7,400. Los costos anuales totales de desembolso por medicamentos son los costos pagados por usted.			
<b>Costo compartido estándar en farmacias minoristas</b>				
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de dos meses</b>	<b>Suministro de tres meses</b>	
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30	
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$30	
Nivel 3 (de marca preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	
Nivel 5 (de especialidad)	25 % de coseguro	No corresponde	No corresponde	
Nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	
<b>De encargo por correo estándar</b>				
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Suministro de dos meses</b>	<b>Suministro de tres meses</b>	
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	

	Nivel 3 (de marca preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$40
	Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$40
	Nivel 5 (de especialidad)	25 % de coseguro	No corresponde	No corresponde
	Nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
<p>Los costos compartidos pueden ser diferentes si utiliza una farmacia de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.</p> <p>Llámenos o consulte la <b>Evidencia de cobertura</b> en nuestro sitio web (<a href="http://sharpmedicareadvantage.com">sharpmedicareadvantage.com</a>) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>				
<b>Monto de cobertura catastrófica</b>	<p>Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos alcanzan los \$7,400, debe pagar el monto que sea mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) o copago de \$10.35 por el resto de los medicamentos;</li> <li>• el 5 % del costo.</li> </ul>			

## DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

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

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

**Sharp Direct Advantage** es un plan de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en **Sharp Direct Advantage** 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 limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos o 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 una notificación 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.

### Explicación de 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. Consulte la *Evidencia de cobertura* en [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com) 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.

### Explicación de 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.
- Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2024.
- 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*).

## Servicios de interpretación en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-562-8853. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-562-8853. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-562-8853。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-562-8853。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-562-8853. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-562-8853. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-562-8853 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-562-8853. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-562-8853 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-562-8853. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-562-8853. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-562-8853 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-562-8853. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-562-8853. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-562-8853. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-562-8853. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-562-8853 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## **Conéctese con nosotros**

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

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

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