



Aviso anual de cambios para 2020 de Sharp Direct Advantage®



Plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)
para empleados de Sharp HealthCare y sus familiares a cargo

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

Aviso anual de cambios para 2020

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 1.1 y 1.5 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?
- ¿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 2020 y consulte la sección 1.6 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 go.medicare.gov/drugprices. En estos cuadros se resaltan los fabricantes que han aumentado sus precios y, además, se muestra información sobre los precios de los medicamentos año tras 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, incluidos los especialistas que visita regularmente, en nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
- Consulte las secciones 1.3 y 1.4 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?
- ¿Cuáles serán su prima o sus deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área.

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada “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” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
- Consulte 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 **quedarse** en 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 2019

- Si **no lo hace antes del 7 de diciembre de 2019**, permanecerá en nuestro plan.
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2019**, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2020.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en español en forma gratuita.
- Comuníquese con el Departamento de 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.
- Alguien que hable español lo podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- Esta información está disponible en letras grandes.
- La cobertura conforme a este plan reúne los requisitos como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Ingrese en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

- 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 2020

En el siguiente cuadro se comparan los costos en 2019 y 2020 de nuestro plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (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 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 estadía en el hospital Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en el que usted es formalmente admitido en el hospital con indicación médica. El día anterior al día del alta es su último día de hospitalización.	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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 2.6 para obtener 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 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 2: \$6 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 5: 33 % por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro de 1 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 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 2: \$6 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 3: \$40 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 4: \$90 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 5: 33 % por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista. • Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro de 1 mes en farmacias de venta minorista.

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	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	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	16
Sección 3.1 Si desea permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	16
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda del plan <i>Sharp Direct Advantage Basic (HMO)</i>	19
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	19

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (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 pagarle 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 alcanza este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (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 dichas partes 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 dichas partes 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 el Departamento de 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, consulte la *Lista de proveedores y farmacias para 2020*.**

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 el plan; sin embargo, si su médico o su especialista así lo deciden, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle 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 especialista abandonarán 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 el Departamento de 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, consulte la *Lista de proveedores y farmacias para 2020*.**

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 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 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Examen para detectar aneurisma aórtico abdominal		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios de ambulancia		<i>Salvo en caso de emergencia, es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>
Prueba de densidad ósea		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Examen para detectar cáncer de seno (mamografías)		<i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios de rehabilitación cardíaca	<i>Es probable que su proveedor de la red necesite obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Visita para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Exámenes para detectar enfermedades cardiovasculares		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Examen para detectar cáncer de cuello uterino y de vagina		<i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios quiroprácticos	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan para la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. No se requiere autorización previa ni remisión para la atención quiropráctica de rutina.</i>	<i>Es probable que se requiera una remisión de su proveedor de la red y una autorización previa del plan para la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. No se requiere autorización previa ni remisión para la atención quiropráctica suplementaria.</i>
Examen para detectar cáncer colorrectal		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Dental Advantage de Delta Dental* <i>El beneficio dental suplementario está disponible por una prima mensual adicional</i>	Prima mensual adicional de \$11.	Prima mensual adicional de \$12.
Los servicios integrales incluyen extracciones ilimitadas	Copago de entre \$35 y \$150.	Copago de entre \$35 y \$65. Consulte la sección 2.2 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

* Delta Dental se refiere a Delta Dental of California.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)		<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Examen para detectar diabetes		<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para diabéticos	<p><i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</i></p>	<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan para obtener zapatos terapéuticos y servicios y suministros para diabéticos.</i></p> <p><i>Es probable que se requiera una remisión de su proveedor de la red y una autorización previa del plan para la capacitación en autocontrol de la diabetes.</i></p>
Equipo médico duradero y suministros relacionados		<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p>
Prueba de detección de VIH		<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Agencias de atención de salud en el hogar	<p><i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i></p>	<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>
Vacunas		<p><i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i></p> <p><i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Atención de hospitalización	<i>Salvo en caso de emergencia, su proveedor de la red debe obtener autorización previa del plan.</i>	<i>Salvo en caso de emergencia, es probable que se requiera autorización previa del plan. Salvo en caso de emergencia, es probable que se requiera una remisión de su proveedor de la red.</i>
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>
Terapia médica de nutrición		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Controles y tratamientos contra la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides	Sin cobertura.	Copago de \$20 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos. <i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Exámenes de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios ambulatorios en hospital	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>
Servicios ambulatorios de rehabilitación	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan para todos los servicios de terapia y visitas adicionales.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan para ciertos servicios de especialistas. Es probable que se necesite una remisión de su proveedor de la red para ciertos servicios de especialistas.</i>
Exámenes para detectar cáncer de próstata		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Prótesis y suministros relacionados		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan.</i>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Exámenes para detectar cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Servicios para tratar enfermedades renales	<i>Su proveedor de la red debe obtener una remisión del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<i>Su proveedor de la red debe obtener una autorización previa del plan.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Terapia de ejercicios supervisada (SET)		<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>
Atención de la visión	<i>Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>	<i>Es probable que se requiera autorización previa del plan. Se podría requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>

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/druglist. También puede recibir una copia de la Lista de medicamentos si la solicita en el Departamento de 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:

- **Trabajar conjuntamente con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) y solicitar que en el plan hagamos una excepción** para cubrir el medicamento.
 - 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 al Departamento de Servicio al Cliente.
- **Trabajar conjuntamente con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de algún medicamento que no figure en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de su membresía, para evitar que se interrumpa el tratamiento. (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 cubramos en el plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento que toma actualmente.

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 acerca 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 2020, podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo en el mismo nivel de costo compartido o menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o traslada a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o de que obtenga el

suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que se haga el cambio.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) y solicitarnos que hagamos 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 corresponda en su caso.** 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 documento independiente en este paquete, llame al Departamento de Servicio al Cliente y solicite la Cláusula adicional de LIS. Los números de teléfono del Departamento 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 sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Cambios en la etapa del deducible

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapas 1: etapa del 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 su *Evidencia de cobertura: Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos*.

Costo	2019 (este año)	2020 (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 Lista de medicamentos. 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> <p>Medicamentos selectos del nivel 6: Usted paga \$0 por receta</p> <p>-----</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, 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> <p>-----</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, 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 llegan a las etapas de brecha de cobertura o 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

Cambios administrativos

A partir de 2020 tendremos un administrador de beneficios de farmacia (PBM) y un proveedor de encargos por correo nuevos para que le resulte más cómodo usar las farmacias. Estas nuevas asociaciones traerán algunas mejoras para usted a partir del 1.º de enero de 2020:

- Una nueva línea de ayuda para medicamentos con receta especial de Medicare con expertos en farmacia a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Una experiencia de farmacia digital mejorada que le permite acceder a información y recursos de medicamentos, recetas y redes de farmacias a través de nuestro sitio web y del portal para miembros de Sharp Connect.
- Herramientas digitales mejoradas, como una aplicación móvil gratuita para consultar su información personalizada de beneficios de farmacia, renovar pedidos o solicitar nuevas recetas de servicios por correo, hacer seguimiento del estado de los pedidos, ver el historial de recetas y mucho más.

Para obtener más información, visite sharpmedicareadvantage.com/2020pharmacyinfo.

Cambios	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia (PBM)	MedImpact.	CVS Caremark®.
Farmacia de encargo por correo	Postal Prescription Services® para encargos por correo.	Farmacia CVS Caremark de servicios para encargos por correo.

SECCIÓN 3

Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 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 2020.

Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Deseamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año; pero si quiere cambiarse de plan para 2020, debe seguir estos pasos:

Paso 1: infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si prefiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2020*, 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" (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para planes de Medicare.**

Recuerde que en Sharp Health Plan se ofrecen otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener distinta cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse 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 **cambiarse 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 **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos por escrito una solicitud de baja. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la sección 7.1 de este manual).
 - –*O bien*– 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 4

Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1.º de enero de 2020.

¿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 administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 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 2020. Para obtener más información, consulte la sección 2.2 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5

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 su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 6

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 podrían 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 estén autorizadas no tendrán una etapa de 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 pueden 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 (por solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido de medicamentos con receta para personas con VIH o sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que reúnen las condiciones para participar en este programa y que viven con VIH o sida tengan acceso a medicamentos que pueden salvarles la vida. Para la admisión en el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir ciertos criterios, como contar con pruebas que certifiquen su residencia en el estado y el estado del VIH, constancia de bajos ingresos (según la definición del estado) y de falta de seguro o de 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 Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida. 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 7

¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 **Cómo obtener ayuda del plan *Sharp Direct Advantage Basic (HMO)***

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 (únicamente los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Atendemos 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 2020 (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios* se resumen los cambios de sus beneficios y costos para 2020. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de su plan para 2020. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí 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 sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

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 7.2 **Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare puede hacer lo siguiente:

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

Puede llamar 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). 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 a través del 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" [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Consulte el manual *Medicare y usted 2020*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Se 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 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.

Aviso sobre disposiciones de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, constancia de asegurabilidad ni 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.

En Sharp Health Plan se cumplen las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no se discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. En Sharp Health Plan tampoco se excluye a las personas ni se las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

En Sharp Health Plan proporcionamos lo siguiente:

- 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 u otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que en Sharp Health Plan no se brindaron estos servicios o se discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar una reclamación con nuestro coordinador de derechos civiles por correo o teléfono.

- 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 una reclamación en persona, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo del Departamento 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 a través de <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

Español

ATENCIÓN: Si no habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

English (inglés)

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

繁體中文 (chino)

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 (vietnamita)

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 (tagalo, 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 (coreano):

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

Հայերեն (armenio):

ՈՒՇՏԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 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 (TTY/TDD: 711) 1-855-562-8853 تماس بگیرید.

Русский (ruso):

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

日本語 (japonés):

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 (árabe):

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

ਪੰਜਾਬੀ (panyabí):

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।

Servicios de asistencia lingüística

ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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.

H5386_2020 EGWP Basic ANOC_SP_M

