



2021 Sharp Direct Advantage®

# Aviso anual de cambios



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

---

***Sharp Direct Advantage Basic (HMO) es ofrecido a través de Sharp Health Plan.***

# Aviso anual de cambios para 2021

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO). El próximo año, se producirán ciertos cambios en los costos y los 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 los 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 adquirirlos?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Se han modificado los costos para utilizar esta farmacia?
- Consulte la Lista de medicamentos para 2021 y 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](http://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, a través de los beneficios del plan, se determinará 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 los medicamentos con receta que usa habitualmente?
- ¿Cuánto pagará por su prima y 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Consulte la lista que se encuentra al final del manual *Medicare y usted*.

**Una vez que elija un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.**

**3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan.**

- Si no lo hace antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).
- Puede cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades 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 2020.**

- Si **no lo hace antes del 7 de diciembre de 2020**, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO).
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2020**, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2021. Se le dará de baja de su plan actual automáticamente.

---

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-562-8853 para obtener información adicional (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- Esta información está disponible en letra grande.
- La cobertura conforme a este plan reúne las condiciones 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 2021

En el siguiente cuadro, se comparan los costos en 2020 y 2021 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](http://sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources), para ver si hay otros cambios en los beneficios o los costos que lo afecten. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

| Costo   | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.</p>  | \$0   | \$0   |
| <p><b>Dental Advantage de Delta Dental</b></p> <p>El beneficio dental suplementario opcional está disponible por una prima mensual adicional.</p>   | Prima mensual adicional de \$12.  | Prima mensual adicional de \$12.  |
| <p><b>Monto de desembolso máximo</b></p> <p>Este es el monto de desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B (consulte la sección 1.1 para obtener más detalles).</p>  | \$3,400   | \$3,400   |
| <p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>   | <p><b>Visitas al médico de atención primaria:</b><br/>\$5 por visita.</p> <p><b>Visitas al especialista:</b><br/>\$20 por visita.</p> | <p><b>Visitas al médico de atención primaria:</b><br/>\$5 por visita.</p> <p><b>Visitas al especialista:</b><br/>\$20 por visita.</p> |
| <p><b>Servicios de estadía en el hospital</b></p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, servicios de hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en que usted es formalmente admitido en el hospital con indicación médica. El día anterior al día del alta es su último día de internación.</p> | <p>Días 1 a 5:<br/>\$125 por día.</p> <p>Día 6 en adelante:<br/>\$0 por día.</p>  | <p>Días 1 a 5:<br/>\$125 por día.</p> <p>Día 6 en adelante:<br/>\$0 por día.</p>  |

| Costo   | 2020 (este año)  | 2021 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b><br/>(Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles).</p> | <p><b>Deducible:</b> \$0</p> <p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamento del nivel 1:</b><br/>\$2 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 2:</b><br/>\$6 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 3:</b><br/>\$40 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 4:</b><br/>\$90 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 5:</b><br/>33 % del costo por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 6:</b><br/>\$0 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> </ul> | <p><b>Deducible:</b> \$0</p> <p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamento del nivel 1:</b><br/>\$2 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 2:</b><br/>\$6 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 3:</b><br/>\$40 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 4:</b><br/>\$90 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 5:</b><br/>33 % del costo por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> <li>• <b>Medicamento del nivel 6:</b><br/>\$0 por un suministro de 1 mes en farmacias minoristas.</li> </ul> |

# Aviso anual de cambios para 2021

## Índice

|                  |   |           |
|------------------|---|-----------|
| <b>SECCIÓN 1</b> | <b>Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año .....</b> | <b>7</b>  |
| Sección 1.1      | Cambios en la prima mensual .....                                       | 7         |
| Sección 1.2      | Cambios en el monto de desembolso máximo.....                           | 7         |
| Sección 1.3      | Cambios en la red de proveedores.....                                   | 8         |
| Sección 1.4      | Cambios en la red de farmacias .....                                    | 8         |
| Sección 1.5      | Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....    | 9         |
| Sección 1.6      | Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....   | 12        |
| <b>SECCIÓN 2</b> | <b>Cómo decidir qué plan elegir.....</b>                                | <b>15</b> |
| Sección 2.1      | Si quiere permanecer en el plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO)..... | 15        |
| Sección 2.2      | Si quiere cambiar de plan.....  | 15        |
| <b>SECCIÓN 3</b> | <b>Plazo para cambiar de plan .....</b>                                 | <b>16</b> |
| <b>SECCIÓN 4</b> | <b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b> | <b>17</b> |
| <b>SECCIÓN 5</b> | <b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>SECCIÓN 6</b> | <b>¿Tiene preguntas? .....</b>  | <b>18</b> |
| Sección 6.1      | Cómo obtener ayuda del plan Sharp Direct Advantage Basic (HMO) .....    | 18        |
| Sección 6.2      | Cómo obtener ayuda de Medicare.....                                     | 18        |

# SECCIÓN 1

## Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

| Costo   | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(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. Consulte la sección 5 para obtener información sobre el programa Ayuda Adicional de Medicare.

### 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, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Monto de desembolso máximo</b><br>Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo. Los costos de medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo. | \$3,400<br>Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por servicios cubiertos con dichas partes durante el resto del año calendario. | \$3,400<br>Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por servicios cubiertos con la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por servicios cubiertos con 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/find-a-doctor-or-pharmacy](http://sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy), podrá encontrar la *Lista de proveedores y farmacias* actualizada. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo la *Lista de proveedores y farmacias*. **Para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red, consulte la *Lista de proveedores y farmacias para 2021*.**

Es importante que sepa que, durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los 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 su especialista abandonarán su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre 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/find-a-doctor-or-pharmacy](http://sharpmedicareadvantage.com/find-a-doctor-or-pharmacy), podrá encontrar la *Lista de proveedores y farmacias* actualizada. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos por correo la *Lista de proveedores y farmacias*. **Para saber qué farmacias están en nuestra red, revise la *Lista de proveedores y farmacias para 2021*.**

## Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los 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 2021.

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Servicios de acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</b> | Sin cobertura.  | Copago de \$10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un médico.<br><br>Copago de \$20 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un especialista o un profesional no médico.   |
| <b>Examen para detectar cáncer de seno (mamografías)</b>           | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i> | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i><br><br><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Servicios dentales integrales</b>                               | Copago de entre \$35 y \$65 por extracciones ilimitadas.  | Copago de entre \$35 y \$150 por extracciones ilimitadas.   |
| <b>Terapias de infusión en el hogar</b>                            | No corresponde.   | Coseguro del 20 % para los medicamentos, los equipos y los suministros de infusión en el hogar.<br><br>Copago de \$20 para los servicios profesionales de infusión en el hogar prestados por un especialista.<br><br>Copago de \$0 para los servicios profesionales de infusión en el hogar prestados a domicilio.<br><br><i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i><br><br><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> |

| <b>Costo</b>  | <b>2020 (este año)</b>   | <b>2021 (próximo año)</b>  |
|---|--|--|
| <b>Atención de salud mental con internación</b>   | <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.</i> | <i>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Salvo en caso de emergencia, se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> |
| <b>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura</b> | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides</b>  | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Servicios ambulatorios de atención de salud mental</b>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Servicios de hospitalización parcial</b>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |
| <b>Terapia física</b>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>                              | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.<br/><br/>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>   |

| <b>Costo</b>   | <b>2020 (este año)</b>  | <b>2021 (próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b> |   | <b>Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria:</b><br>Copago de \$5 por visita.                          |
| <b>Servicios de podiatría</b>  | <i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i>  | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i><br><br><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> |
| <b>Servicios para tratar patologías del lenguaje y del habla</b>                             | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i><br><br><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> |
| <b>Atención de la visión (suplementaria)</b>   | <i>Se puede requerir la autorización previa del plan.</i><br><br><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i> | <i>No se requiere autorización previa ni remisión para la atención de rutina.</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](http://sharpmedicareadvantage.com/druglist). También puede recibir una copia de la Lista de medicamentos por correo si la solicita por teléfono a Servicio al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada 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 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 la *Evidencia de cobertura*, “*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*”, o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (o con otra persona autorizada para recetar) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que 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 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 sobre 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.

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 obtener más información 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 se aplique a 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 recibe Ayuda Adicional y no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula adicional de LIS.

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](http://sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

## Cambios en la etapa del deducible

| Costo                                      | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Etapas 1: etapa del deducible anual</b> | 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 quiere obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la sección 1.2 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, "Tipos de costos de desembolso que tal vez deba pagar por los medicamentos cubiertos".

| Costo  | 2020 (este año)   | 2021 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, a través del plan, se paga una parte de los costos de los medicamentos, y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Si quiere 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 de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1:</b><br/>Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos del nivel 2:</b><br/>Usted paga \$6 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3:</b><br/>Usted paga \$40 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos del nivel 4:</b><br/>Usted paga \$90 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad del nivel 5:</b><br/>Usted paga el 33 % del costo.</p> <p><b>Medicamentos selectos del nivel 6:</b><br/>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> | <p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1:</b><br/>Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Medicamentos genéricos del nivel 2:</b><br/>Usted paga \$6 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3:</b><br/>Usted paga \$40 por receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos del nivel 4:</b><br/>Usted paga \$90 por receta.</p> <p><b>Medicamentos de especialidad del nivel 5:</b><br/>Usted paga el 33 % del costo.</p> <p><b>Medicamentos selectos del nivel 6:</b><br/>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>-----</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, 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

## Cómo decidir qué plan elegir

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

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Sharp Direct Advantage Basic (HMO) para 2021.

### Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año; pero si quiere cambiar de plan para 2021, 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 2021*, 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 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**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 distintas coberturas, 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:
  - Enviarnos por escrito una solicitud de baja. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la sección 7.1 de este manual).
  - *O bien* comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar la baja. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3

# Plazo para cambiar de plan

Si quiere 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 2021.

### ¿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*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte la sección 2.2 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

---

# SECCIÓN 4

## Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental 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 con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe recursos del Gobierno federal para brindar asesoramiento local de seguros de salud de manera gratuita 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 llamando al 1-858-565-1392. Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<http://seniorlaw-sd.org/programs/health-insurance-counseling-advocacy-program-hicap/>).

# SECCIÓN 5

## Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con recursos limitados podrían reunir las condiciones para participar en el programa Ayuda Adicional y recibir ayuda con el pago de los costos de los medicamentos con receta. Si usted reúne las condiciones, con Medicare se 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 reúnan las condiciones no tendrán una etapa de brecha de cobertura ni deberán pagar la multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos, pero no lo saben. Para saber si reúne las condiciones, llame a las siguientes entidades:

◦ Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- La Oficina del Seguro Social: 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 los requisitos para participar en este programa y que viven con VIH o sida tengan acceso a medicamentos que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la presentación de pruebas que certifiquen residencia en el estado, estado del VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y falta de seguro o seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de Medicare Parte D que también tienen cobertura del ADAP reúnen las condiciones para la asistencia del pago del costo compartido de medicamentos con receta a través del ADAP. Para obtener información sobre los criterios de admisión, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP llamando al 1-844-421-7050.

# SECCIÓN 6

## ¿Tiene preguntas?

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

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

#### **Lea la *Evidencia de cobertura* para 2021 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)**

En este *Aviso anual de cambios*, se resumen los cambios de sus beneficios y costos para 2021. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de su plan para 2021. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. En ella 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](http://sharpmedicareadvantage.com/members/forms-authorizations-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

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

---

## Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede hacer lo siguiente:

### Llamar 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.

### Visitar 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]).

### Consultar el manual *Medicare y usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. En él 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, otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

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

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

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

Puede tramitar 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](http://sharphealthplan.com). Si necesita ayuda para tramitar su reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles en 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 (TDD).

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

# Servicios de asistencia lingüística

## English

Attn: 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 (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):**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե 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 (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: 711): هاتف الصم والبكم.

**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।

**ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):**

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ លក់ 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 (tailandés):**

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



Considérenos su asistente personal  
de atención de salud®

[sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com)  
1-855-562-8853 (servicios TTY/TDD: 711)

H5386\_2021 EGWP Basic ANOC SP\_M

