

# Resumen de beneficios para 2022

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2022

## Lo que necesita saber sobre Sharp Health Plan (HMO)



### Sitio web de Sharp Health Plan para planes Medicare

[sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com)



### Servicio al Cliente

1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)  
[customer.service@sharp.com](mailto:customer.service@sharp.com)



### Correo electrónico de ventas de Medicare

[medicaresales@sharp.com](mailto:medicaresales@sharp.com)



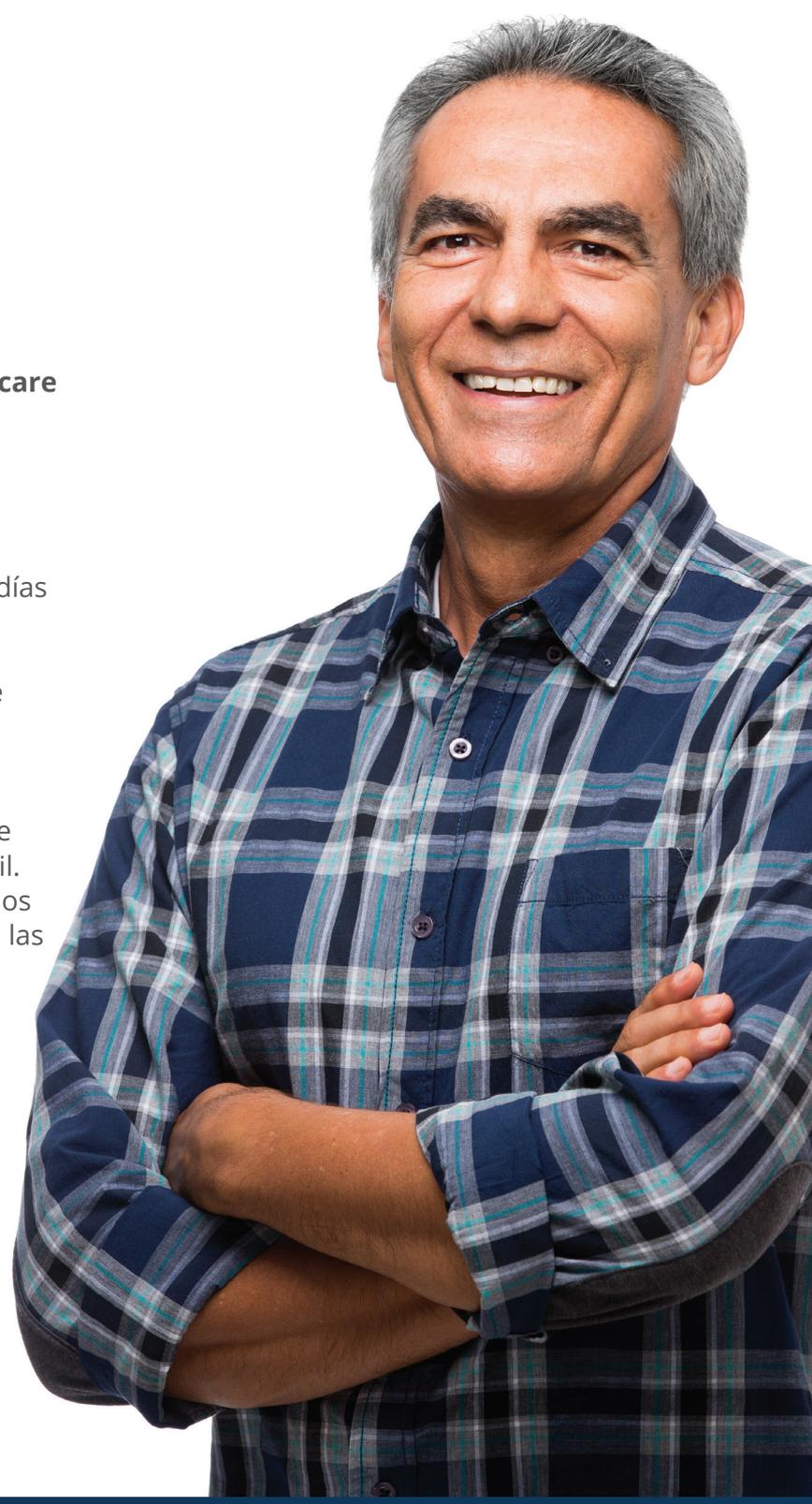
### Horario de atención

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico). Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si llama después del horario de atención, será atendido por nuestro sistema de correo de voz, y un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas a las personas que no hablan inglés.



### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Sharp Health Plan (HMO), debe tener derecho a Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y residir en nuestra área de servicio, es decir, el condado de San Diego.





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

El plan HMO de Sharp Health Plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no pertenecen a la red, es posible que el plan no pague los servicios. **Algunos servicios pueden requerir autorización previa o una remisión del PCP.** Por lo general, deberá obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D en farmacias de la red.

- Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias completo del plan en nuestro sitio web: [sharpmedicareadvantage.com/doctor](http://sharpmedicareadvantage.com/doctor) o llamarnos para obtener más información.



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

El plan agrupa los medicamentos en seis niveles. Deberá usar el Formulario de Sharp Health Plan para determinar el nivel del medicamento y el costo correspondiente. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la farmacia que utiliza. El monto que paga también depende de la etapa de beneficios en la que se encuentre: cobertura inicial, etapa de brecha de cobertura o cobertura catastrófica. Es posible que los planes ofrezcan beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

- Puede consultar el Formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web ([sharpmedicareadvantage.com/druglist](http://sharpmedicareadvantage.com/druglist)) o llamarnos para obtener más información.

Si quiere obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actualizado Medicare y usted. Puede leerlo en línea, en [medicare.gov](http://medicare.gov), o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible 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.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al plan.

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

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

## Resumen de beneficios para 2022

Este es un resumen de los servicios cubiertos y lo que usted paga. No contiene todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos y solicite la Evidencia de cobertura.

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)
¿Cuánto es la prima mensual? Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.	\$0 por mes	\$62 por mes
¿Cuánto es el deducible?	Estos planes no tienen deducible.	
¿Hay un límite de cuánto pagaré por los servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege mediante límites anuales de costos de desembolso para la atención médica y en hospital.</p> <p>Si alcanza el límite de costos de desembolso, seguirá recibiendo servicios médicos y en hospital cubiertos. Nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	
	El límite anual es de \$3,400 por servicios que recibe de proveedores de la red.	El límite anual es de \$3,400 por servicios que recibe de proveedores de la red.
¿Hay un límite de cuánto pagará el plan?	No. No hay límites en lo que pagará el plan.	
Cobertura de servicios de internación <sup>1,2</sup>	<p>Los copagos por atención en hospital y en centros de enfermería especializada se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es internado y finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de internación (o atención en el centro de enfermería especializada). Si ingresa en un hospital o en este tipo de centro después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. Usted deberá pagar el deducible de hospitalización en cada período de beneficios. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p>	
	Días 1 al 5: \$125 por día Días 6 en adelante: \$0 por día	Días 1 al 6: \$50 por día Días 7 en adelante: \$0 por día
Cobertura de servicios ambulatorios <sup>1,2</sup>	Copago de entre \$20 y \$150	Copago de entre \$10 y \$50
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$150	Copago de \$50

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)
Visitas al médico	Visita al médico de atención primaria (en persona o de telesalud): copago de \$5  Visita a un especialista: copago de \$20 <sup>1, 2</sup>	Visita al médico de atención primaria (en persona o de telesalud): copago de \$5  Visita a un especialista: copago de \$10 <sup>1, 2</sup>
Atención preventiva	<p>\$0</p> <p>Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para detectar aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>• Asesoramiento y exámenes para detectar el consumo indebido de alcohol.</li> <li>• Pruebas de densidad ósea.</li> <li>• Exámenes para detectar enfermedades cardiovasculares.</li> <li>• Terapia conductual (enfermedades cardiovasculares).</li> <li>• Examen para detectar cáncer de cuello uterino y de vagina.</li> <li>• Exámenes para detectar cáncer colorrectal (colonoscopia<sup>1</sup>, examen de sangre oculta en materia fecal, sigmoidoscopia flexible).</li> <li>• Exámenes para detectar depresión.</li> <li>• Exámenes para detectar diabetes.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para detectar VIH.</li> <li>• Examen para detectar cáncer de pulmón.</li> <li>• Mamografías.</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición.</li> <li>• Asesoramiento y exámenes para detectar la obesidad.</li> <li>• Exámenes para detectar cáncer de próstata.</li> <li>• Asesoramiento y exámenes para detectar infecciones de transmisión sexual.</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco.</li> <li>• Vacunas, incluida la antineumocócica y las vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</li> <li>• Visita preventiva Bienvenido a Medicare (por única vez).</li> <li>• Visita anual de bienestar.</li> </ul>	
Atención de emergencia	Copago de \$50 por cobertura internacional  Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Consulte la sección "Atención de hospitalización" de este folleto para obtener información sobre otros costos.	
Servicios de urgencia	Copago de \$25  Copago de \$50 por cobertura internacional  Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.	Copago de \$10  Copago de \$50 por cobertura internacional  Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa.

<sup>2</sup> Es posible que los servicios requieran remisión del médico.

## Resumen de beneficios para 2022 (continuación)

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)
Pruebas de diagnóstico, servicios de radiología y laboratorio, y radiografías (los costos de estos servicios pueden variar según el lugar donde se presten) <sup>1, 2</sup>	<p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 10 % del costo</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$5</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$5</p> <p>Radiografías como paciente ambulatorio: copago de \$5</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): 10 % del costo</p>	<p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): 5 % del costo</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Radiografías como paciente ambulatorio: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): 5 % del costo</p>
Servicios de la audición <sup>1</sup>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$20</p> <p>Evaluación o adaptación de audífonos: copago de \$20</p> <p>Audífonos: El plan paga hasta \$1,000, por uno o ambos oídos, cada 3 años.</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$10</p> <p>Evaluación o adaptación de audífonos: copago de \$10</p> <p>Audífonos: El plan paga hasta \$1,000, por uno o ambos oídos, cada 3 años.</p>
Servicios dentales <sup>1</sup>	<p>Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción o sustitución de dientes): copago de \$20</p>	<p>Servicios dentales limitados (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción o sustitución de dientes): copago de \$10</p>
Servicios opcionales de Delta Dental <sup>3</sup>	<p>Prima mensual: \$13</p> <p>Visitas al consultorio: \$5</p> <p>Limpiezas: \$15</p> <p>Exámenes bucodentales completos: \$0 (Esto incluye servicios preventivos y de diagnóstico, y servicios dentales complejos y básicos con copagos fijos).</p> <p>Visite nuestro sitio web para consultar la lista de beneficios con los servicios y los copagos correspondientes.</p>	

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa.

<sup>2</sup> Es posible que los servicios requieran remisión del médico.

<sup>3</sup> Delta Dental hace referencia a Delta Dental of California. Los beneficios dentales se brindan a través del programa DeltaCare<sup>®</sup> USA ofrecido por Delta Dental of California.

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)		
Servicios de la visión <sup>1</sup>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido un examen anual para detectar glaucoma): copago de \$20</p> <p>El plan paga hasta \$95 por lentes y marcos de anteojos estándares O hasta \$105 por lentes de contacto cada 2 años, con un copago de \$20.</p> <p>Examen de ojos de rutina (1 por año como máximo): copago de \$20</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluido un examen anual para detectar glaucoma): copago de \$10</p> <p>El plan paga hasta \$95 por lentes y marcos de anteojos estándares O hasta \$105 por lentes de contacto cada 2 años, con un copago de \$20.</p> <p>Examen de ojos de rutina (1 por año como máximo): copago de \$20</p>		
Atención de salud mental con internación	<p>El copago de los beneficios hospitalarios está basado en un período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es internado y finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de internación. Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. Usted deberá pagar el copago de hospitalización en cada período de beneficios. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Días 1 a 5: \$125</p> <p>Días 6 en adelante: \$0</p>	<p>El copago de los beneficios hospitalarios está basado en un período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es internado y finaliza una vez transcurridos 60 días consecutivos sin haber recibido atención de internación. Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. Usted deberá pagar el copago de hospitalización en cada período de beneficios. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Días 1 al 6: \$50 por día</p> <p>Días 7 en adelante: \$0 por día</p>		
Atención de salud mental ambulatoria	<p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: copago de \$5</p> <p>Visita de terapia individual como paciente ambulatorio: copago de \$5</p>			
Centro de enfermería especializada <sup>1</sup>	<p>El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <table border="1" data-bbox="505 1625 1590 1758"> <tr> <td data-bbox="505 1625 1048 1758"> <p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 57: \$150 por día</p> <p>Días 58 a 100: \$0 por día</p> </td> <td data-bbox="1048 1625 1590 1758"> <p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 48: \$75 por día</p> <p>Días 49 a 100: \$0 por día</p> </td> </tr> </table>		<p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 57: \$150 por día</p> <p>Días 58 a 100: \$0 por día</p>	<p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 48: \$75 por día</p> <p>Días 49 a 100: \$0 por día</p>
<p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 57: \$150 por día</p> <p>Días 58 a 100: \$0 por día</p>	<p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 48: \$75 por día</p> <p>Días 49 a 100: \$0 por día</p>			
Ambulancia <sup>1</sup>	<p>Copago de \$200</p>			
Terapia física <sup>1</sup>	<p>Visita de terapias física, del habla y del lenguaje: copago de \$20</p>	<p>Visita de terapias física, del habla y del lenguaje: copago de \$10</p>		
Transporte	<p>Sin cobertura</p>			

## Resumen de beneficios para 2022 (continuación)

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)
Medicamentos de la Parte B (incluidos los medicamentos quimioterapéuticos) <sup>1</sup>	20 % del costo	15 % del costo
Rehabilitación cardíaca <sup>1</sup>	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): copago de \$20	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): copago de \$10
Terapia ocupacional <sup>2</sup>	Copago de \$20	Copago de \$10
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) <sup>2</sup>	Exámenes de los pies y tratamiento si tiene daño nervioso causado por la diabetes o cumple con determinadas condiciones: copago de \$20	Exámenes de los pies y tratamiento si tiene daño nervioso causado por la diabetes o cumple con determinadas condiciones: copago de \$10
Equipo o suministros médicos (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) <sup>1</sup>	20 % del costo	15 % del costo
Programas de bienestar	<p>Programa de educación sobre salud y bienestar: \$0</p> <p>Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise Program es un programa de entrenamiento diseñado para que mejore su salud mediante la actividad física regular.</p> <p>Estas son las opciones disponibles sin costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a gimnasios: Disfrute el acceso a un gimnasio que puede elegir de una amplia red de centros participantes. Llame a Silver&amp;Fit para cambiar de gimnasio. Puede hacerlo una vez por mes, y su membresía entrará en vigor el primer día del mes siguiente. También puede pagar una tarifa adicional de acceso a un gimnasio. Así, los miembros tienen acceso a una red de opciones más amplia y pagan el precio que corresponda en cada caso.</li> <li>• Equipo de actividad física para el hogar: Puede recibir un (1) equipo de actividad física por año de beneficios y elegirlo entre una variedad de categorías de ejercicios.</li> </ul> <p>Se incluyen beneficios adicionales, como herramientas en línea (por ejemplo, para buscar gimnasios), videos por encargo, boletines informativos y otros.</p>	

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa.

<sup>2</sup> Es posible que los servicios requieran remisión del médico.

<sup>3</sup> Los servicios están sujetos a revisión de necesidad médica.

Beneficio	Sharp Direct Advantage Basic (HMO)	Sharp Direct Advantage Premium (HMO)
Atención quiropráctica	<b>Cubierta por Medicare<sup>2, 3</sup></b> Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna se corren de su posición): copago de \$20	<b>Cubierta por Medicare<sup>2, 3</sup></b> Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna se corren de su posición): copago de \$10
	<b>Beneficios suplementarios<sup>2</sup></b> Servicios suplementarios de atención quiropráctica a través de American Specialty Health: copago de \$10, máximo de 30 visitas al consultorio por año	
Servicios de acupuntura	<b>Cubiertos por Medicare</b> Hasta 12 sesiones en 90 días con un adicional de 8 sesiones para los pacientes con dolor lumbar que demuestran mejoría. El dolor lumbar debe tener estas características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durar 12 semanas o más.</li> <li>• No ser específico, lo que significa que no hay una causa sistémica identificable.</li> <li>• No estar relacionado con una cirugía o un embarazo.</li> </ul> Copago de \$10	
Servicios y suministros para la diabetes <sup>1, 2</sup>	Suministros para el control de la diabetes: 20 % del costo  Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0  Zapatos o plantillas terapéuticos: 20 % del costo	Suministros para el control de la diabetes: 15 % del costo  Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0  Zapatos o plantillas terapéuticos: 15 % del costo
Atención de salud en el hogar <sup>1</sup>	\$0	
Dispositivos protésicos (aparatos, extremidades artificiales, etc.) <sup>1</sup>	Dispositivos protésicos: 20 % del costo  Suministros médicos relacionados: 20 % del costo	Dispositivos protésicos: 15 % del costo  Suministros médicos relacionados: 15 % del costo
Diálisis renal <sup>1</sup>	\$0	

# Medicamentos de Medicare Parte D<sup>1</sup>

Usted paga los montos de la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos anuales totales por medicamentos con receta alcanzan los \$4,430. Los costos anuales totales por medicamentos son todos los costos pagados por usted y nuestro plan de la Parte D. Puede obtener los medicamentos en farmacias minoristas o farmacias de encargo por correo dentro de la red. Estos planes no tienen deducible.

Sharp Direct Advantage Basic y Premium (HMO)			
Etapa de cobertura inicial			
	Costo compartido estándar en farmacias minoristas		Costo compartido estándar en farmacias de encargo por correo
	Suministro de 1 mes en farmacias minoristas	Suministro de 3 meses en farmacias minoristas	Suministro de 3 meses en farmacias de encargo por correo
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$2	Copago de \$6	Copago de \$4
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$6	Copago de \$18	Copago de \$12
Nivel 3 (de marca preferidos)	Copago de \$40	Copago de \$120	Copago de \$80
Nivel 4 (de marca no preferidos)	Copago de \$90	Copago de \$270	Copago de \$180
Nivel 5 (de especialidad)	33 % del costo	No se ofrece	No se ofrece
Nivel 6 (medicamentos seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Los costos pueden variar dependiendo del tipo o la condición de la farmacia (por ejemplo, si está dentro o fuera de la red, si es de encargo por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar).

<sup>1</sup> Es posible que los servicios requieran autorización previa.



## Sharp Direct Advantage Basic y Premium (HMO)

### Etapa de brecha de cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una etapa de brecha de cobertura (también llamada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporario en lo que pagará por sus medicamentos con receta. La etapa de brecha de cobertura comienza luego de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que pagó el plan y lo que pagó usted) alcanza los \$4,430.

Cuando ingresa en la etapa de brecha de cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen los \$7,050. Una vez alcanzado ese monto, se termina la brecha de cobertura. No todas las personas entrarán en la etapa de brecha de cobertura.

### Etapa de cobertura catastrófica

Después de que sus costos de desembolso anuales por medicamentos con receta (incluidos medicamentos adquiridos en farmacias minoristas y de encargo por correo) alcanzan los \$7,050, debe pagar el monto que sea mayor de los siguientes:

- 5 % del costo.
- Copago de \$3.95 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$9.85 por el resto de los medicamentos de la Parte D.

# Servicios de asistencia en idiomas

## Español

ATENCIÓN: Si 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 do not 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):

Ուշադրություն հարող են տրամադրվել լեզվական և լեզվաբանական կարող են տրամադրվել լեզվական և լեզվաբանական ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-562-8853 (TTY (հեռատիպ) 711)։

## فارسی (farsi):

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

## 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。

## آريبرعلا (árabe):

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

## ਪੰਜਾਬੀ (panyabí):

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

## ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):

ប្រយ័ត្ន៖ ប៊ីសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្លូវភាសា ជាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់ប៊ីអ្នក។ 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 1-855-562-88532 (TTY/TDD: 711).

# Aviso sobre no discriminación

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

Sharp Health Plan brinda 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 a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

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

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

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department  
8520 Tech Way, Suite 201  
San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711); fax: (858) 636-2256

Puede presentar una reclamación personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamo o apelación en el sitio web del plan, en [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com). Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. Puede presentar, además, una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por internet a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocdr](http://ocrportal.hhs.gov/ocdr), o por correo o por teléfono a: 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 [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov).