
SHARP Health Plan

Resumen de beneficios de 2024

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

Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

1.º de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

1 N.º 1 SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No contiene todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”. También puede consultar la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com.

Tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes sus Resúmenes de beneficios. También puede utilizar "Medicare Plan Finder" (Buscador de planes de Medicare) en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actualizado “**Medicare y Usted**”. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Lo que debe saber acerca de **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)**.
- Prima mensual, deducible y límites de cuánto paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de medicamentos recetados.

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

Es posible que este documento esté disponible en otros idiomas aparte del inglés. Llámenos al 1-855-562-8853 (TTY: 711) para obtener información adicional.

Lo que debe saber acerca de Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

Horario de atención e información de contacto

- El horario de atención es de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Si se comunica con nosotros fuera de nuestro horario de atención, su llamada será atendida por nuestro sistema de contestadora automática.
- Si es afiliado de este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Si no es afiliado de este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: sharpmedicareadvantage.com.

¿Quién puede inscribirse?

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

El plan **Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no pertenecen a la red, es posible que el plan no pague los servicios.

Por lo general, deberá usar farmacias de la red para adquirir medicamentos bajo receta cubiertos de la Parte D.

Puede consultar la Lista de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com/SDAfindadoctor).

O llámenos, y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubre el plan?

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

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

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos bajo receta de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, sharpmedicareadvantage.com/SDAdruglist.
- O llámenos, y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo podré calcular los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan clasifica cada medicamento según seis “niveles”. Deberá usar el formulario para encontrar a qué categoría pertenece su medicamento para calcular cuánto le costará. El monto que usted paga depende de la categoría del medicamento y de la etapa de beneficios que usted haya alcanzado. Más adelante en este documento se explican las etapas de beneficios: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura catastrófica.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Sharp Health Plan

2

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Sharp Direct Advantage SDPEBA (HMO)

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

Prima mensual del plan	\$208 por mes. Además, debe continuar pagando sus primas de Medicare Parte B.
Deducible	Deducible médico: No se aplica. Deducible para medicamentos bajo receta: No se aplica.
Límite a la responsabilidad de gastos de bolsillo	Sus límites anuales en este plan: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos bajo receta de la Parte D.</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Internación hospitalaria	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0.</p> <p>El plan cubre una cantidad ilimitada de días para estadías en el hospital.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de una hospitalización de salud mental por período de beneficios.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
---------------------------------	--

<p>Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: Copago de \$10 a \$50.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios: Copago de \$50.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Centro de cirugía ambulatoria</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$50.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: Copago de \$10.</p> <p>Visita a un especialista: Copago de \$10.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Atención preventiva <i>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</i></p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costos compartidos.</p> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$50 por visita.</p>

	<p>Si lo ingresan en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte del costo por la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia en todo el mundo: Copago de \$50.</p>
Servicios urgentes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$10 por visita.</p> <p>Cobertura de urgencia en todo el mundo: Copago de \$50.</p>
Servicios de diagnóstico/Laboratorio/Imágenes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de laboratorio: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología para diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): Copago de \$0.</p> <p>Radiografías: Copago de \$0.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación contra el cáncer): Copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
Servicios para la audición	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$10.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas por año): Copago de \$10.</p> <p>Colocación y evaluación de audífonos: Copago de \$10</p> <p>Audífonos: Nuestro plan paga hasta \$3,500 cada tres años</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>

<p>Servicios dentales</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cubiertos por Medicare: Copago de \$10.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Servicios de la visión</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida una prueba anual de detección de glaucoma): Copago de \$10.</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita por año): Copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto luego de cirugía de cataratas: Copago de \$0.</p> <p>Lentes de contacto: Copago de \$0.</p> <p>Anteojos (monturas y lentes): Copago de \$20.</p> <p>Lentes para anteojos: Copago de \$20.</p> <p>Monturas de anteojos: Copago de \$20.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por marcos de anteojos o lentes de contacto.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>

<p>Atención de salud mental</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: Copago de \$10.</p> <p>Visita de terapia individual: Copago de \$10.</p> <p>Atención de salud mental para pacientes internados: Copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de una hospitalización de salud mental por período de beneficios.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Días 1 a 100: \$0 por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Terapia física</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Terapia física: Copago de \$10.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Puede requerir remisión de su médico.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Ambulancia terrestre: Copago de \$0.</p> <p>Ambulancia aérea: Copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u> Sin cobertura.</p>
Medicamentos de Medicare Parte B	<p><u>Dentro de la red:</u> Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Copago de \$0. Otros medicamentos de la Parte B: Copago de \$0. Puede requerir autorización previa.</p>
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red:</u> Visita de terapia ocupacional: Copago de \$10. Visita de terapia física y de terapia del habla y el lenguaje: Copago de \$10. Puede requerir autorización previa. Puede requerir remisión de su médico.</p>

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA

Deducible	Deducible para medicamentos bajo receta: No se aplica.			
Cobertura inicial	Usted paga lo que se indica a continuación hasta que sus gastos anuales totales en medicamentos alcancen los \$8,000. Los gastos anuales totales en medicamentos son los costos en medicamentos pagados por usted y por la Parte D del plan.			
Costo compartido estándar de venta al por menor				
Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	copago de \$30	
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20	copago de \$30	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60	
Nivel 5 (Nivel especializado)	25 % de coseguro	No se aplica	No se aplica	

	Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
--	---	---------------	---------------	---------------

Pedido por correo estándar			
Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$40
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$40
Nivel 5 (Nivel especializado)	25 % de coseguro	No se aplica	No se aplica
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionados)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Sus costos compartidos pueden ser diferentes si utiliza una farmacia de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Llámenos o consulte la **“Evidencia de cobertura”** del plan en nuestro sitio web (sharpmedicareadvantage.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.

Brecha de cobertura	El plan Sharp Direct Advantage no incluye la etapa de brecha de cobertura. Una vez que sale de la etapa de cobertura inicial, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.
Monto en caso de catástrofe	Una vez que sus costos de bolsillo anuales en medicamentos alcancen los \$8,000, usted no paga nada.

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

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

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

Sharp Direct Advantage SDPEBA es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La afiliación a **Sharp Direct Advantage SDPEBA** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar algunas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los afiliados de Sharp Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos solicite una determinación de la organización previa al servicio antes de que le presten el servicio. Llame a nuestro número de Servicios para Afiliados o consulte su “Evidencia de cobertura” para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Sharp Health Plan ofrece cobertura de salud.

Lista de verificación de preafiliación

Antes de tomar una decisión de afiliación, es importante que comprenda nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con su representante de atención al cliente al 1-855-562-8853 (TTY 711).

Compresión de los beneficios

- Revise la lista completa de los beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para aquellos servicios por los que debe ver a un médico de forma rutinaria. Visite sharpmedicareadvantage.com para ver la EOC en nuestro sitio web o llame al 1-855-562-8853, (TTY: 711) para solicitar una copia impresa.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a un médico) para asegurarse de que los médicos que vea ahora se encuentren en la red. Si no aparecen en la lista, significa que es posible que deba elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento bajo receta se encuentre en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas.

Comprensión de reglas importantes

- Además de su prima del plan mensual, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Esta prima normalmente se cobra de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios de los proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores).

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comuníquese con nosotros

Información de contacto: 1-855-562-8853, TTY: 711

Nombre de la organización: Sharp Health Plan

Sitio web de la organización: sharpmedicareadvantage.com