

---

# SHARP Health Plan

---

## Resumen de beneficios para 2024

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

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)**

**Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2024

# 1

## SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “**Evidencia de Cobertura**”. También puede ver la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

### Usted tiene diferentes opciones acerca de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es dirigida directamente por el Gobierno Federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare (como **Sharp Direct Advantage Basic [HMO]** y **Sharp Direct Advantage Premium [HMO]**).

### Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre **Sharp Direct Advantage Basic (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**, y de lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O, use el Buscador del Plan de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual **Medicare & You** (Medicare y usted). Véalo 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.

### Las secciones de este folleto son:

- Lo que debe saber sobre **Sharp Direct Advantage Basic (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**.
- Prima mensual, deducible y límites sobre lo que paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.

- Beneficios de medicamentos con receta médica.

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

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-855-562-8853 (TTY: 711).

## Lo que debe saber sobre Sharp Direct Advantage Basic (HMO) y Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

### Horario de atención e información de contacto

- Nuestro horario de atención es de 7 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Si se comunica con nosotros fuera del horario de atención, nuestro sistema de correo de voz atenderá su llamada.
- Si pertenece a este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Si no pertenece a este plan, llámenos al 1-855-562-8853, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

### ¿Quién puede inscribirse?

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

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

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Premium (HMO)** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa los proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar por estos servicios.

En general, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas para los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

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

## ¿Qué cubrimos?

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

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos con receta médica de la Parte D) y todas las restricciones en nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).
- O, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

## ¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Deberá usar su formulario para encontrar en qué nivel está su medicamento y determinar así cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento, explicaremos las etapas del beneficio que se producen: Cobertura Inicial, Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica.

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

# 2

## SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

#### PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES SOBRE LO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

<b>Prima mensual del plan</b>	<p>Usted no paga una prima del plan mensual por separado para Sharp Direct Advantage Basic (HMO). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>\$68 por mes. Además, debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare.</p>
<b>Deducible</b>	<p>Deducible médico: no se aplica. Deducible para medicamentos con receta médica: no se aplica.</p>	<p>Deducible médico: no se aplica. Deducible para medicamentos con receta médica: no se aplica.</p>
<b>Responsabilidad de gastos de bolsillo máximo</b>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,400 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de sus costos de bolsillo, usted continuará recibiendo servicios cubiertos hospitalarios y médicos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año. Tenga en cuenta que usted deberá continuar pagando sus primas mensuales y los costos compartidos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>	<p>Su límite anual en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$3,400 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.</li> </ul> <p>Si usted alcanza el límite de sus costos de bolsillo, usted continuará recibiendo servicios cubiertos hospitalarios y médicos y nosotros pagaremos el costo total por el resto del año. Tenga en cuenta que usted deberá continuar pagando sus primas mensuales y los costos compartidos por sus medicamentos con receta médica de la Parte D.</p>

## Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

## Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS		
<p><b>Hospital para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Días 1 a 5: \$125 de copago por día por cada admisión.  Días 6 a 90: \$0 de copago por día.  Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización como paciente hospitalizado.  Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización en un centro de salud mental por período de beneficio.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Días 1 a 6: \$50 de copago por día por cada admisión.  Días 7 a 90: \$0 de copago por día.  Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días por hospitalización como paciente hospitalizado.  Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización en un centro de salud mental por período de beneficio.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<p><b>Hospital para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Hospital para pacientes ambulatorios: \$20 - \$150 de copago.  Cirugía ambulatoria: \$150 de copago.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Hospital para pacientes ambulatorios: \$10 - \$50 de copago.  Cirugía ambulatoria: \$50 de copago.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<p><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Centro quirúrgico ambulatorio: \$150 de copago.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Centro quirúrgico ambulatorio: \$50 de copago.  Se puede requerir autorización previa.  Se puede requerir una derivación de su médico.</p>

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)****Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**

<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: \$5 de copago.</p> <p>Consulta con un especialista: \$20 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: \$5 de copago.</p> <p>Consulta con un especialista: \$10 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$50 de copago por visita.</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$50 de copago.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$50 de copago por visita.</p> <p>Si lo admiten en el hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$50 de copago.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$25 de copago por visita.</p> <p>Cobertura de urgencia en todo el mundo: \$50 de copago.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>\$10 de copago por visita.</p> <p>Cobertura de urgencia en todo el mundo: \$50 de copago.</p>

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)****Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**

<b>Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Exámenes y procedimientos de diagnóstico: \$5 de copago. Servicios de laboratorio: \$5 de copago. Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada): 10% de coseguro. Radiografías: \$5 de copago. Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): 10% de coseguro. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Exámenes y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago. Servicios de laboratorio: \$0 de copago. Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada): 5% de coseguro. Radiografías: \$0 de copago. Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento de radiación para el cáncer): 5% de coseguro. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Servicios de audición</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$20 de copago. Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas cada año): \$20 de copago. Colocación/evaluaciones de audífonos: \$20 de copago Audífonos: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$10 de copago. Examen de audición de rutina (hasta 2 visitas cada año): \$10 de copago. Colocación/evaluaciones de audífonos: \$10 de copago Audífonos: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cobertura Medicare: \$20 de copago. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cobertura Medicare: \$10 de copago. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.</p>



## Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

## Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

### SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS OPCIONALES (1)

	<b>Delta Dental Medicare Advantage HMO</b> Servicios dentales preventivos: Examen bucal: \$0 de copago. Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): \$15 de copago. Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): \$0 de copago. Servicios dentales integrales: Servicios de diagnóstico: \$0 - \$5 de copago. Servicios de restauración: \$20 - \$425 de copago. Endodoncia: \$0 - \$475 de copago. Periodoncia: \$0 - \$450 de copago. Extracciones: \$35 - \$150 de copago. Prostodoncia, otro tipo de cirugía bucal y maxilofacial, otros servicios: \$20 - \$495 de copago. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.	<b>Delta Dental Medicare Advantage HMO</b> Servicios dentales preventivos: Examen bucal: \$0 de copago. Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): \$15 de copago. Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): \$0 de copago. Servicios dentales integrales: Servicios de diagnóstico: \$0 - \$5 de copago. Servicios de restauración: \$20 - \$425 de copago. Endodoncia: \$0 - \$475 de copago. Periodoncia: \$0 - \$450 de copago. Extracciones: \$35 - \$150 de copago. Prostodoncia, otro tipo de cirugía bucal y maxilofacial, otros servicios: \$20 - \$495 de copago. Se puede requerir autorización previa. Se puede requerir una derivación de su médico.
<b>¿Cuánto es la prima mensual de su plan?</b>	Si elige este beneficio complementario opcional, pagará \$13 adicionales por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare y su prima del plan mensual.	Si elige este beneficio complementario opcional, pagará \$13 adicionales por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare y su prima del plan mensual.
<b>¿De cuánto es el deducible?</b>	No se aplica un deducible.	No se aplica un deducible.

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)****Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**

<b>¿Cuál es el monto máximo que este plan pagará por año calendario?</b>	Este plan dental no tiene un límite máximo de cobertura del plan por año calendario.	Este plan dental no tiene un límite máximo de cobertura del plan por año calendario.
<b>SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS OPCIONALES (2)</b>		
<b>Servicios dentales PPO opcionales</b>	<p><b>Delta Dental Medicare Advantage PPO</b></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <p>Examen bucal: \$0 de copago.</p> <p>Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): \$15 de copago.</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): \$0 de copago.</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Servicios de diagnóstico: \$0 - \$5 de copago.</p> <p>Servicios de restauración: \$20 - \$425 de copago.</p> <p>Endodoncia: \$0 - \$475 de copago.</p> <p>Periodoncia: \$0 - \$450 de copago.</p> <p>Extracciones: \$35 - \$150 de copago.</p> <p>Prostodoncia, otro tipo de cirugía bucal y maxilofacial, otros servicios: \$20 - \$495 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b>Delta Dental Medicare Advantage PPO</b></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <p>Examen bucal: \$0 de copago.</p> <p>Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): \$15 de copago.</p> <p>Radiografías dentales (hasta 1 visita cada seis meses): \$0 de copago.</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <p>Servicios de diagnóstico: \$0 - \$5 de copago.</p> <p>Servicios de restauración: \$20 - \$425 de copago.</p> <p>Endodoncia: \$0 - \$475 de copago.</p> <p>Periodoncia: \$0 - \$450 de copago.</p> <p>Extracciones: \$35 - \$150 de copago.</p> <p>Prostodoncia, otro tipo de cirugía bucal y maxilofacial, otros servicios: \$20 - \$495 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>

**Sharp Direct Advantage Basic (HMO)****Sharp Direct Advantage Premium (HMO)**

<b>¿Cuánto es la prima mensual de su plan?</b>	Si elige este beneficio complementario opcional, pagará \$50 adicionales por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare y su prima del plan mensual.	Si elige este beneficio complementario opcional, pagará \$50 adicionales por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare y su prima del plan mensual.
<b>¿De cuánto es el deducible?</b>	No se aplica un deducible.	No se aplica un deducible.
<b>¿Cuál es el monto máximo que este plan pagará por año calendario?</b>	Este plan dental tiene un límite máximo de \$1,500 para la cobertura del plan por año calendario.	Este plan dental tiene un límite máximo de \$1,500 para la cobertura del plan por año calendario.

## Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

## Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

### BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

<p><b>Servicios de la vista</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluye un examen de detección de glaucoma por año): \$20 de copago.</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita cada año): \$20 de copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago.</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): \$20 de copago.</p> <p>Lentes de anteojos: \$20 de copago.</p> <p>Marcos para anteojos: \$20 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$95 cada dos años por marcos para anteojos o hasta \$105 cada dos años por lentes de contacto.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluye un examen de detección de glaucoma por año): \$10 de copago.</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita cada año): \$20 de copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago.</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): \$20 de copago.</p> <p>Lentes de anteojos: \$20 de copago.</p> <p>Marcos para anteojos: \$20 de copago.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$95 cada dos años por marcos para anteojos o hasta \$105 cada dos años por lentes de contacto.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<p><b>Atención de la salud mental</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$5 de copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$5 de copago.</p> <p>Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados:</p> <p>Días 1 a 5: \$125 de copago por día por cada admisión.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia grupal ambulatoria: \$5 de copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$5 de copago.</p> <p>Atención de la salud mental para pacientes hospitalizados:</p> <p>Días 1 a 6: \$50 de copago por día por cada admisión.</p>

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

	<p>Días 6 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización en un centro de salud mental por período de beneficio.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p>Días 7 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días para una hospitalización en un centro de salud mental por período de beneficio.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Días 1 a 20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 a 57: \$150 de copago por día.</p> <p>Días 58 a 100: \$0 de copago por día.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Días 1 a 20: \$0 de copago por día.</p> <p>Días 21 a 48: \$75 de copago por día.</p> <p>Días 49 a 100: \$0 de copago por día.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Fisioterapia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Fisioterapia: \$20 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Fisioterapia: \$10 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<b>Ambulancia</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia terrestre: \$200 de copago.</p> <p>Ambulancia aérea: \$200 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Ambulancia terrestre: \$200 de copago.</p> <p>Ambulancia aérea: \$200 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
<b>Transporte</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Sin cobertura.</p>

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 20% de coseguro.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% de coseguro.</p> <p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a una cantidad de coseguro más bajo.</p> <p>El costo compartido de la insulina suministrada a través de un proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) está sujeto a un coseguro máximo de \$35 para un suministro de 1 mes de insulina.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Por medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 15% de coseguro.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 15% de coseguro.</p> <p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a una cantidad de coseguro más bajo.</p> <p>El costo compartido de la insulina suministrada a través de un proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) está sujeto a un coseguro máximo de \$35 para un suministro de 1 mes de insulina.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p>
<p><b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$20 de copago.</p> <p>Visita de terapia del habla y el lenguaje: \$20 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Visita de terapia ocupacional: \$10 de copago.</p> <p>Visita de terapia del habla y el lenguaje: \$10 de copago.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Se puede requerir una derivación de su médico.</p>
<p><b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA</b></p>		
<p><b>Deducible</b></p>	<p>Deducible para medicamentos con receta médica: no se aplica.</p>	<p>Deducible para medicamentos con receta médica: no se aplica.</p>
<p><b>Cobertura inicial</b></p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales en medicamentos alcancen \$5,030. Los costos totales anuales en medicamentos son los costos por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales en medicamentos alcancen \$5,030. Los costos totales anuales en medicamentos son los costos por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D.</p>

<b>Costo compartido minorista estándar</b>		<b>Costo compartido minorista estándar</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>	<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$2 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$2 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$6 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$6 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$40 de copago	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$40 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$90 de copago	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$90 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% de coseguro	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% de coseguro
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago
<b>Nivel</b>	<b>Suministro de dos meses</b>	<b>Nivel</b>	<b>Suministro de dos meses</b>
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago

Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago

Nivel	Suministro de tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$6 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$120 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$270 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica

Nivel	Suministro de tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$6 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$18 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$120 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$270 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica



### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	
<b>Pedido por correo estándar</b>		<b>Pedido por correo estándar</b>			
	<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>		<b>Nivel</b>	<b>Suministro de un mes</b>
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)		\$2 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$2 de copago	
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)		\$6 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$6 de copago	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)		\$40 de copago	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$40 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)		\$90 de copago	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$90 de copago	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)		33% de coseguro	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% de coseguro	
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)		\$0 de copago	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

Sharp Direct Advantage Basic (HMO)		Sharp Direct Advantage Premium (HMO)	
Nivel	Suministro de dos meses	Nivel	Suministro de dos meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago
Nivel	Suministro de tres meses	Nivel	Suministro de tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago	Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago	Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$12 de copago

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

	<table border="1"> <tr> <td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td> <td>\$80 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)</td> <td>\$180 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</td> <td>No se aplica</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)</td> <td>\$0 de copago</td> </tr> </table>	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago	<table border="1"> <tr> <td>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</td> <td>\$80 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)</td> <td>\$180 de copago</td> </tr> <tr> <td>Nivel 5 (Nivel de especialidad)</td> <td>No se aplica</td> </tr> <tr> <td>Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)</td> <td>\$0 de copago</td> </tr> </table>	Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago	Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica	Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago																	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago																	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica																	
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago																	
Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$80 de copago																	
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$180 de copago																	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No se aplica																	
Nivel 6 (Medicamentos para la atención seleccionada)	\$0 de copago																	
<p><b>Brecha de cobertura</b></p>	<p>Su costo compartido puede ser diferente 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 <b>“Evidencia de Cobertura”</b> del plan en nuestro sitio web, <a href="http://sharpmedicareadvantage.com">sharpmedicareadvantage.com</a>.</p> <p>La Brecha de Cobertura comienza después de que el costo total anual en medicamentos (incluido lo que pagaron usted y nuestro plan) alcanza \$5,030. Después de haber ingresado en la Brecha de Cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen \$8,000, que es el fin de esta etapa.</p>	<p>Su costo compartido puede ser diferente 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 <b>“Evidencia de Cobertura”</b> del plan en nuestro sitio web, <a href="http://sharpmedicareadvantage.com">sharpmedicareadvantage.com</a>.</p> <p>La Brecha de Cobertura comienza después de que el costo total anual en medicamentos (incluido lo que pagaron usted y nuestro plan) alcanza \$5,030. Después de haber ingresado en la Brecha de Cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen \$8,000, que es el fin de esta etapa.</p>																

### Sharp Direct Advantage Basic (HMO)

### Sharp Direct Advantage Premium (HMO)

<b>Cantidad de cobertura catastrófica</b>	Después de que sus costos de bolsillo anuales en medicamentos alcancen \$8,000, no paga nada.	Después de que sus costos de bolsillo anuales en medicamentos alcancen \$8,000, no paga nada.
---	---	---

## AVISOS DE EXENCIÓN

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

ATTENTION: Si habla español, hay servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin cargo. Llame al 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 Basic (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Premium (HMO)** es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en **Sharp Direct Advantage Basic (HMO)** y **Sharp Direct Advantage Premium (HMO)** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a atender a los miembros 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 organización previa al servicio antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro 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 médica.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-855-562-8853 (TTY 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.

### Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios encontrados en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para aquellos servicios por los que visita rutinariamente a un médico. Visite nuestro sitio web, [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com), para consultar la EOC o llame al 1-855-562-8853 (TTY 711) para solicitar una copia impresa.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que es probable que tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta médica esté en la red. Si la farmacia no está enumerada, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprender las reglas importantes

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

### Servicios de intérpretes en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Conéctese con nosotros**

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

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

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