



Sharp Direct Advantage® para 2022

Aviso anual de cambios



Sharp Direct Advantage (HMO)

Exclusivo para los jubilados y dependientes del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California (CalPERS) que reúnan los requisitos para Medicare; patrocinado por CalPERS.

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

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Sharp Direct Advantage (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 entre el 20 de septiembre y el 15 de octubre.**
-

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 por hacer uso de los servicios que ofrecen?
 - Consulte la Lista de medicamentos para 2022 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](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (cuadros) situado en la mitad de la segunda nota hacia el final de la página. En estos cuadros, se resaltan los fabricantes que han aumentado sus precios y, además, se muestra información sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

-
- Verifique si sus médicos y demás proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Siguen sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte las secciones 1.3 y 1.4 para obtener información sobre el *Directorio 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 son los costos totales de su plan en comparación con los de 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 [medicare.gov/plan-compare](https://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 se inscribe en otro plan antes del 15 de octubre de 2021, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage (HMO).
- Es posible que los miembros inscritos en nuestro plan a través de un patrocinador del plan puedan realizar algún cambio durante los plazos estipulados por dicho patrocinador.
- Puede cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades entre el 20 de septiembre y el 15 de octubre.

Tenga en cuenta lo siguiente: Le recomendamos preguntarle al patrocinador de su plan sobre la disponibilidad de otras coberturas “avaladas por el empleador” antes de inscribirse en un plan no ofrecido por el patrocinador o antes de dar por finalizada la membresía en nuestro plan fuera del período de inscripción abierta estipulado por dicho patrocinador. Es importante que comprenda las políticas de admisión del patrocinador del plan y su posible impacto en las opciones de cobertura de atención de salud para jubilados y en otros beneficios jubilatorios, antes de solicitar que se lo inscriba en un plan no ofrecido por su patrocinador o que se dé por finalizada su membresía en nuestro plan.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe inscribirse en el nuevo plan entre el 20 de septiembre y el 15 de octubre de 2021.

- Si **no lo hace antes del 15 de octubre de 2021**, permanecerá en el plan Sharp Direct Advantage (HMO).
- Si **se inscribe antes del 15 de octubre de 2021**, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2022. Se le dará de baja de su plan actual automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de manera gratuita.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-833-346-4322 para obtener información adicional (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Alguien que hable español lo 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 para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Ingrese en el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Sharp Direct Advantage (HMO)

- Sharp Direct Advantage (HMO) es un plan de Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Direct Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato.
- En este manual, las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” hacen referencia a Sharp Health Plan. Al plan Sharp Direct Advantage se hace referencia como “plan” o “nuestro plan”.

Resumen de costos importantes para 2022

En el siguiente cuadro, se comparan los costos en 2021 y 2022 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, calpers.sharphealthplan.com/SDAeoc, para ver si hay otros cambios en los beneficios o costos que lo afecten. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles.	\$244.39	\$263.85
Monto de desembolso máximo 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 1.2 para obtener más detalles).	\$1,500	\$1,500
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: \$10 por visita. Visitas al especialista: \$10 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: \$0 por visita. Visitas al especialista: \$0 por visita.
Servicios de estadía en el hospital 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.	Copago de \$0 por día.	Copago de \$0 por día.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del nivel 1: \$5 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 2: \$5 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 3: \$20 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 4: \$50 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 5: \$20 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago o coseguro según corresponda durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento del nivel 1: \$5 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 2: \$5 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 3: \$20 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 4: \$50 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 5: \$20 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas. • Medicamento del nivel 6: \$0 por un suministro para 1 mes en farmacias minoristas.

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	7
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
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	16
Sección 2.1 Si quiere permanecer en el plan Sharp Direct Advantage (HMO).....	16
Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan	16
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 6.1 Cómo obtener ayuda del plan <i>Sharp Direct Advantage (HMO)</i>	19
Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$244.39	\$263.85

- 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto de desembolso máximo Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo. La prima del plan y los costos por medicamentos con receta no se tienen en cuenta para calcular su monto de desembolso máximo.	\$1,500 Una vez que haya pagado \$1,500 en costos 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.	\$1,500 Una vez que haya pagado \$1,500 en costos 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, calpers.sharphealthplan.com/SDAfindadoctor, podrá encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores y farmacias*. **Para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias para 2022*.**

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 el 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, calpers.sharphealthplan.com/SDApharmacysearch, podrá encontrar el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores y farmacias*. **Para saber qué farmacias están en nuestra red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias para 2022*.**

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 2022*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Acupuntura para tratar el dolor lumbar crónico</p>	<p>Copago de \$10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un médico.</p> <p>Copago de \$10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un especialista o un profesional no médico.</p> <p><i>Se puede requerir una remisión de su proveedor de la red.</i></p>	<p>Copago de \$10 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un médico.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de acupuntura con cobertura de Medicare prestados por un especialista o un profesional no médico.</p> <p>Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de necesidad médica. El acupunturista de American Specialty Health Plans (ASH Plans) se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.</p>
<p>Servicios de acupuntura (suplementarios)</p>	<p>Copago de \$10 por visita al consultorio.</p> <p>Hasta 30 visitas por año de beneficios (combinadas con servicios quiroprácticos suplementarios) de servicios de acupuntura para el tratamiento o diagnóstico de trastornos neuromusculares y afecciones relacionadas, náuseas o dolor.</p> <p>Los servicios están sujetos a la verificación de necesidad médica. El acupunturista de ASH Plans se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.</p>	<p>Copago de \$15 por visita al consultorio.</p> <p>Hasta 20 visitas por año de beneficios (combinadas con servicios quiroprácticos suplementarios) de servicios de acupuntura para el tratamiento o diagnóstico de trastornos neuromusculares y afecciones relacionadas, náuseas o dolor.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Copago de \$10 por visita a un especialista.	Copago de \$0 por visita a un especialista.
Servicios quiroprácticos (con cobertura de Medicare)	<i>Se puede requerir una remisión de su PCP y una autorización previa del plan o de American Specialty Health Plans (ASH Plans).</i>	Los servicios pueden estar sujetos a la verificación de necesidad médica. El quiropráctico de American Specialty Health Plans (ASH Plans) se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.
Servicios quiroprácticos (suplementarios)	<p>Copago de \$10 por visita al consultorio.</p> <p>Hasta 30 visitas (combinadas con servicios de acupuntura suplementarios) por año de beneficios para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y afecciones relacionadas, y dolor.</p> <p>Los servicios están sujetos a la verificación de necesidad médica. El quiropráctico de ASH Plans se encargará de obtener las aprobaciones requeridas para los servicios que le preste.</p>	<p>Copago de \$15 por visita al consultorio.</p> <p>Hasta 20 visitas (combinadas con servicios de acupuntura suplementarios) por año de beneficios para el tratamiento o diagnóstico de trastornos musculoesqueléticos y afecciones relacionadas, y dolor.</p>
Programa de educación para la salud y el bienestar	Hasta dos (2) kits para hacer ejercicio en el hogar, que pueden incluir un DVD, un folleto con instrucciones y una guía de inicio rápido.	Usted reúne los requisitos para recibir un (1) kit para hacer ejercicio en el hogar por año de beneficios. Los ejercicios son de diversas categorías.
Terapias de infusión en el hogar	Copago de \$10 por los servicios profesionales de infusión en el hogar prestados por un especialista.	Copago de \$0 por los servicios profesionales de infusión en el hogar prestados por un especialista en el consultorio.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una internación sin cobertura	Servicios de terapias física, ocupacional y del habla: copago de \$10.	Servicios de terapias física, ocupacional y del habla: copago de \$0.
Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides	Copago de \$10 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.	Copago de \$0 por visita para servicios de tratamiento por uso de opioides cubiertos.
Servicios ambulatorios en hospital	Hospitalización parcial (incluye medicamentos y productos biológicos): copago de \$10 por visita.	Hospitalización parcial (incluye medicamentos y productos biológicos): copago de \$0 por visita.
Servicios ambulatorios de atención de salud mental	Copago de \$10 por visita de terapia individual o grupal.	Copago de \$0 por visita de terapia individual o grupal.
Servicios de rehabilitación ambulatoria	Copago de \$10 por visita a un especialista.	Copago de \$0 por visita a un especialista.
Servicios ambulatorios para abuso de sustancias	Copago de \$10 por visita de terapia individual o grupal autorizada.	Copago de \$0 por visita de terapia individual o grupal autorizada.
Servicios de hospitalización parcial	Copago de \$10 por visita.	Copago de \$0 por visita.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico	Visita al médico de atención primaria: copago de \$10. Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria: copago de \$10 por visita. Visita al especialista: copago de \$10.	Visita al médico de atención primaria: copago de \$0. Servicios de telesalud prestados por el médico de atención primaria: copago de \$0 por visita. Visita al especialista: copago de \$0.
Servicios de podiatría	Copago de \$10 por visita.	Copago de \$0 por visita.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$10 por visita al consultorio de un especialista.	Copago de \$0 por visita al consultorio de un especialista.
Terapia de ejercicios supervisada	Copago de \$10 por visita.	Copago de \$0 por visita.
Servicios de urgencia	Copago de \$25. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.	Copago de \$0. Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no paga el copago.

Servicios del programa para tratamiento por uso de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides pueden obtener la cobertura de servicios para tratar dicha adicción a través de un programa para tratamiento por uso de opioides, el cual incluye los siguientes servicios:

- Agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. para tratamientos asistidos con medicamentos.
- El expendio y la administración de los medicamentos para tratamientos asistidos con medicamentos (si corresponde).
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas de toxicología.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

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, calpers.sharphealthplan.com/SDAdruglist. 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 debe 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 realiza 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 saber más sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la sección 6 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en un programa para recibir ayuda con el pago de 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 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 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, calpers.sharphealthplan.com/SDAeoc. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Como no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Es posible que el costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambie a un coseguro en vez de un copago, o viceversa. Consulte los cambios de 2021 a 2022 en el siguiente cuadro.

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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, a través del plan, se paga una parte de los costos de los medicamentos, y usted paga la suya.</p> <p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro 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 para un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1: usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos del nivel 2: usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3: usted paga \$20 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: usted paga \$50 por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad del nivel 5: usted paga \$20 por receta.</p> <p>Medicamentos selectos del nivel 6: usted paga \$0 por receta.</p> <p>-----</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos del nivel 1: usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos del nivel 2: usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos del nivel 3: usted paga \$20 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos del nivel 4: usted paga \$50 por receta.</p> <p>Medicamentos de especialidad del nivel 5: usted paga \$20 por receta.</p> <p>Medicamentos selectos del nivel 6: usted paga \$0 por receta.</p> <p>-----</p> <p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, 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 llega 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 (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 15 de octubre, quedará inscrito automáticamente en Sharp Direct Advantage (HMO) para 2022.

Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan

Le recomendamos preguntarle al patrocinador de su plan sobre la disponibilidad de otras coberturas “avaladas por el empleador” antes de inscribirse en un plan no ofrecido por el patrocinador o antes de dar por finalizada la membresía en nuestro plan fuera del período de inscripción abierta estipulado por dicho patrocinador. Es importante que comprenda las políticas de admisión del patrocinador del plan y su posible impacto en las opciones de cobertura de atención de salud para jubilados y en otros beneficios jubilatorios, antes de solicitar que se lo inscriba en un plan no ofrecido por su patrocinador o que se dé por finalizada su membresía en nuestro plan.

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el próximo año; pero si quiere cambiar de plan para 2022, debe seguir estos pasos:

Paso 1: infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente de manera oportuna.
- *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 2022*, 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. Ingrese en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para planes de Medicare.

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 (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 (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 del **20 de septiembre al 15 de octubre**. El cambio entrará en vigor el 1.º de enero de 2022.

¿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 2022 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare o sin ella). Para obtener más información, consulte la sección 2.2 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota importante: Podrá inscribirse en un plan o abandonarlo únicamente durante los períodos que determine el patrocinador de su plan. Si usted elige inscribirse en un plan de salud de Medicare o en un plan de medicamentos con receta de Medicare que no se ofrezca a través del patrocinador del plan, es posible que luego no pueda volver a inscribirse en un plan ofrecido a través del patrocinador de su plan. Además, podría perder la cobertura de otros beneficios de jubilación que tenga actualmente a través del patrocinador de su plan. Una vez que se inscriba en nuestro plan, si elige terminar su membresía fuera del período de inscripción abierta determinado por el patrocinador del plan, es posible que no tenga permitido volver a inscribirse en ningún plan ofrecido por el patrocinador de su plan o que deba esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para hacerlo.

Le recomendamos preguntarle al patrocinador de su plan sobre la disponibilidad de otras coberturas “avaladas por el empleador” antes de inscribirse en un plan no ofrecido por el patrocinador o antes de dar por finalizada la membresía en nuestro plan fuera del período de inscripción abierta estipulado por dicho patrocinador. Es importante que comprenda las políticas de admisión del patrocinador del plan y su posible impacto en las opciones de cobertura de atención de salud para jubilados y en otros beneficios jubilatorios, antes de solicitar que se lo inscriba en un plan no ofrecido por su patrocinador o que se dé por finalizada su membresía en nuestro plan.

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 (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 pueden 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 (HMO)***

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-833-346-4322 (únicamente los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura para 2022 (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 2022. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de su plan para 2022. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada 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 calpers.sharphealthplan.com/SDAeoc. 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 calpers.sharphealthplan.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio 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 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Contiene 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 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)).

Consultar el manual *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. 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 ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o solicitarla llamando 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.



Considérenos su asistente personal
de atención de salud®

calpers.sharphealthplan.com
1-833-346-4322 (servicios TTY/TDD: 711)

H5386_2022 SDA CalPERS ANOC SP_M

