

SHARP Health Plan

Formulario de selección del plan 2024

Inscripción de jubilados en planes grupales de Sharp HealthCare

Deseo cambiarme de mi plan actual al plan que he seleccionado a continuación. Entiendo que si este formulario se recibe al final de cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el 1.º del mes siguiente.

Nota: Si desea que el tiempo de procesamiento sea más rápido, use su cuenta en línea de Sharp Health Plan para realizar su selección de plan.

| Proporcione la siguiente información: | | | |
|--|---------|---|--|
| Fecha: MM/DD/AAAA | | N.º de identificación del afiliado: | |
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra. |
| Marque en qué plan desea inscribirse. | | | |
| Plan Sharp Direct Advantage Basic Con nuestro Plan Sharp Direct Advantage Basic, no se incluyen los servicios dentales. Tiene la opción de seleccionar un plan dental DHMO o PPO. Seleccione una de las siguientes opciones. | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$0, servicios dentales no incluidos | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$13, Delta Dental Medicare Advantage DHMO | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$50, Delta Dental Medicare Advantage PPO | | | |
| • Desembolso máximo anual: \$3,400 | | • Copago de pacientes hospitalizados: \$125 por día para los días 1 a 5 | |
| • Copago al médico de atención primaria: \$5 | | • Coseguro del equipo médico duradero: 20 % | |
| • Copago al especialista: \$20 | | | |
| • Copago de sala de emergencia: \$50 | | | |
| Plan Sharp Direct Advantage Premium Con nuestro Plan Sharp Direct Advantage Premium, no se incluyen los servicios dentales. Tiene la opción de seleccionar un plan dental DHMO o PPO. Seleccione una de las siguientes opciones. | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$68, servicios dentales no incluidos | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$81, Delta Dental Medicare Advantage DHMO | | | |
| <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$118, Delta Dental Medicare Advantage PPO | | | |
| • Desembolso máximo anual: \$3,400 | | • Copago de pacientes hospitalizados: \$50 por día para los días 1 a 6 | |
| • Copago al médico de atención primaria: \$5 | | • Coseguro del equipo médico duradero: 15 % | |
| • Copago al especialista: \$10 | | | |
| • Copago de sala de emergencia: \$50 | | | |

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe el pago de una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo postal, transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática del cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática del cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame 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.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago para las primas:

- Reciba una factura. (Si debe efectuar un pago, podrá hacerlo mensualmente con cheque o tarjeta de crédito.)
- Por transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria el primer día de cada mes. Si el primer día del mes cae en fin de semana o es feriado bancario, el giro se efectuará el próximo día hábil. Adjunte un cheque ANULADO o facilite la siguiente información:

Tipo de cuenta: Cuenta corriente o Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____

Número de enrutamiento bancario: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

- Español Braille, audio, letra grande

Firme a continuación

Firma:

x

Fecha de hoy:

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono: ()



Envíe este formulario a:

Sharp Health Plan

Medicare Sales

8520 Tech Way, Suite 201

San Diego, CA 92123-1450



¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al
1-855-562-8853.