



# AVISO ANUAL DE CAMBIOS

**2026 | SUR DE LA FLORIDA**

**DrPlus**  
(HMO D-SNP)

# GRACIAS

## POR SEGUIR CONFIANDO EN

### DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC.

### PARA SUS NECESIDADES MÉDICAS.

*¡Estamos felices de tenerlo como nuestro asociado!*

Por favor, lea este folleto para obtener información importante sobre su privacidad y los cambios en su plan de salud para 2026.

Revisando su cobertura ahora asegurará que satisface sus necesidades para el próximo año.

Recuerde visitar a [www.doctorshcp.com/es/](http://www.doctorshcp.com/es/) para ver o imprimir los siguientes documentos relacionados con su plan salud:

#### **Evidencia de Cobertura**

este documento incluye información importante y detalles sobre su plan de salud y su cobertura de medicamentos con receta

#### **Lista de Medicamentos/ Formulario**

este documento incluye una lista de los medicamentos cubiertos en su plan

#### **Directorio de Proveedores**

este directorio incluye todos los doctores, farmacias, y otros proveedores en su red

Además, puede pedirnos que se le envíe copias de estos documentos. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado al número siguiente o situado detrás de su tarjeta de identificación de asociado.

LOCAL (786) 460-3427

TELÉFONO GRATUITO (833) 342-7463, TTY:711

FAX (786) 578-0283

Nuestro Departamento de Servicios al Asociado está abierto los 7 días de la semana de 8AM a 8PM.

Doctors HealthCare Plans, Inc. respeta su privacidad y le gustaría recordarle que puede optar por no recibir futuras llamadas telefónicas con respecto a asuntos del plan. Solo llámenos al Departamento de Servicios al Asociado, al número que se encuentra arriba y uno de nuestros representantes le será un placer ayudarlo.

*¡Esperamos seguir sirviendo sus necesidades médicas en el año 2026!*

---

## DrPlus (HMO D-SNP) ofrecido por Doctors HealthCare Plans, Inc.

# Notificación Anual de Cambios para el 2026

Estás inscrito como asociado de DrPlus (HMO D-SNP).

En este material se describen los cambios en los costos y beneficios de nuestros planes para el próximo año.

- **Tiene desde octubre 15 hasta diciembre 7 para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en DrPlus (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o revise la lista en la parte posterior de su *manual Medicare & You del 2026*.
- Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la Evidencia de Cobertura. Obtenga una copia en <https://www.doctorshcp.com/es/2026planes/> o llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

### Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español y criollo haitiano.
- Hay servicios de asistencia lingüística gratuitos disponibles para usted. También se ofrecen de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles.
- Llame a Servicio al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8a.m. a 8p.m. siete días a la semana. Las llamadas son gratuitas.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra grande y audio. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado al número indicado anteriormente.

### Sobre DrPlus (HMO D-SNP)

- Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Florida. La afiliación en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un

---

acuerdo por escrito con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Patrocinado por Doctors HealthCare Plans, Inc. y el estado de Florida, Agencia para la Administración de Cuidados de Salud.
- Cuando en este material se utiliza “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Doctors HealthCare Plans, Inc. Cuando se utiliza “plan” o “nuestro plan”, se refiere a DrPlus (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre, 2025, se lo inscribirá automáticamente en DrPlus (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de DrPlus (HMO D-SNP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar el cambio.

H4140\_ANOC2026DRPLUS002S\_M

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)

---

## ÍNDICE

<b>Resumen de los costos importantes para 2026 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y gastos para el próximo año .....</b>	<b>9</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual .....	9
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que debe pagar de su bolsillo .....	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	10
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	11
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y gastos de los servicios médicos .....	11
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D .....	17
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados .....	18
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar los planes.....</b>	<b>25</b>
Sección 3.1 Plazos para cambiar los planes .....	25
Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio? .....	26
<b>SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 5 ¿Preguntas? .....</b>	<b>28</b>
Obtenga ayuda de DrPlus (HMO D-SNP) .....	28
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	28
Obtenga ayuda de Medicare .....	29
Obtenga ayuda de Medicaid .....	29
Aviso De Prácticas De Privacidad .....	30
Aviso de No Discriminación y Aviso de Disponibilidad .....	37

## Resumen de los costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Prima del plan mensual*</b> * Su prima puede ser superior o lower a este importe. Consulte la sección 1.1 para obtener detalles.	\$0-\$20.30	\$0-\$4.80
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles.)	\$3,400  Si usted es elegible para recibir ayuda para de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.	\$3,400  <b>Si usted es elegible para recibir ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</b>
<b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita	<b>Visitas de atención primaria:</b> <b>\$0 por visita</b>
<b>Consultas con especialistas</b>	Visitas de especialistas: \$0 por visita	<b>Visitas de especialistas:</b> <b>\$0 por visita</b>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Estancia hospitalaria como paciente interno</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente interno comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es el último día de hospitalización.	\$0 por estancia	\$0 por estancia
<b>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</b> (Para más detalles, consulte la sección 1.7.)	Deducible: \$0	<b>Deducible: \$615 para los niveles 3, 4, 5 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Si recibe ayuda extra, la etapa deducible no se aplica en su casa.</b>
<b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b> (Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles, incluyendo el deducible	Copago/coseguro aplicable durante la etapa de cobertura inicial: <b>Nivel del medicamento 1: \$0 copago</b>	<b>Copago/coseguro aplicable durante la etapa de cobertura inicial:</b> <b>Nivel del medicamento 1: \$0 copago</b>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
anual, la cobertura inicial y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	<p><b>Nivel del medicamento 2:</b> \$0 copago</p> <p><b>Nivel del medicamento 3:</b> \$0 copago</p> <p><b>Nivel del medicamento 4:</b> \$0 copago</p>	<p><b>Nivel del medicamento 2:</b> \$0 copago</p> <p><b>Nivel del medicamento 3:</b> 25% del costo total</p> <p>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</p> <p>(1) \$35</p> <p>(2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'medicamentos seleccionados') o</p> <p>(3) 25% del precio negociado por el plan.</p> <p><b>Nivel del medicamento 4:</b> 25% del costo total</p> <p>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</p> <p>(1) \$35</p> <p>(2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'medicamentos seleccionados') o</p>



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<b>Nivel del medicamento 5:</b> \$0 copago	<p>(3) 25% del precio negociado por el plan.</p> <p><b>Nivel del medicamento 5:</b> 25% del costo total</p> <p>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</p> <p>(1) \$35</p> <p>(2) 25% del precio negociado por Medicare (para 'medicamentos seleccionados') o</p> <p>(3) 25% del precio negociado por el plan.</p> <p>*El monto que pagará dependerá de si reúne los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), también conocido como el programa “Ayuda adicional” de Medicare. Consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre esta cobertura y su Anexo de subsidio por bajos ingresos (Low</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p><b>Nivel del medicamento 6:</b> \$0 copago</p> <p>Estadio de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D <b>ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></p>	<p><b>Income Subsidy, LIS)</b> para la cantidad específica que pagará. Puede pagar entre \$0 y \$12.65 por receta.</p> <p><b>Nivel de medicamento 6:</b> \$0 copago</p> <p><b>Estadio de cobertura en situaciones catastróficas:</b></p> <p><b>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</b></p>

---

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y gastos para el próximo año

---

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Prima del plan mensual</b>	\$0-\$20.30	\$0-\$4.80
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.)		

### Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que debe pagar de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina cantidad máxima de desembolso. Una vez que haya pagado esta cantidad, por lo general no pagará nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p><b>El monto máximo que debe pagar de su bolsillo</b></p> <p>Dado que nuestros asociados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para recibir ayuda de Medicaid con los copagos de la Parte A y de la Parte B, no será responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) <b>se contabilizan</b> en su monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados <b>no cuentan</b> para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$3,400	<p><b>\$3,400</b></p> <p><b>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</b></p>

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *Directorio de Proveedores de 2026* [www.doctorshcp.com/es/2026planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2026planes/) para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un Directorio de proveedores actualizado:

- Visite nuestra página web en [www.doctorshcp.com/es/2026planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2026planes/).
- Llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el capítulo 3, sección 2.3 de su *Evidencia de Cobertura*.

### **Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias**

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de Proveedores de 2026* [www.doctorshcp.com/es/2026planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2026planes/) para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación le indicamos cómo obtener un Directorio de Proveedores actualizado:

- Visite nuestra página web en [www.doctorshcp.com/es/2026planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2026planes/).
- Llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

### **Sección 1.5 Cambios en los beneficios y gastos de los servicios médicos**

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Anteojos</b>	Recibirá hasta \$400 de asignación para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario.	Recibirá hasta \$400 de asignación para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario, o hasta 3 pares de anteojos sin costo alguno de una colección seleccionada de anteojos por año calendario.
<b>Artículos de Venta Sin Receta (Over-the-Counter Items, OTC)</b>	\$105 al mes. Los importes de los medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) no utilizados no se acumulan de un mes a otro. Consulte el sitio web <a href="http://www.cvs.com/otchs/doctorshcp">www.cvs.com/otchs/doctorshcp</a> para ver la lista de artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) cubiertos.	\$102 al mes. Los importes de los medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) no utilizados no se acumulan de un mes a otro. Consulte el sitio web <a href="http://www.cvs.com/otchs/doctordrshcp">www.cvs.com/otchs/doctordrshcp</a> para ver la lista de artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) cubiertos.
<b>Beneficio para entrenamiento físico (fitness)</b>	Usted paga \$0 de copago por los beneficios para entrenamiento físico.  Los beneficios para el entrenamiento físico incluyen: membresía y acceso a instalaciones locales de entrenamiento físico, instructores de entrenamiento físico,	El plan cubre el entrenamiento físico de los asociados elegibles a través de una tarjeta de débito combinada. El monto de los beneficios no utilizados no se acumula de un mes a otro (véase la tarjeta prepagada más abajo).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>programas de entrenamiento físico para el hogar, materiales para el entrenamiento físico destinados a ayudar a los asociados a envejecer de forma saludable, el acceso a sitios web que contienen hábitos saludables y otros materiales educativos. En lugar de acceder a las instalaciones deportivas locales, los asociados pueden optar por recibir un kit y elegir entre diferentes opciones, tales como: Kit de yoga que incluye una colchoneta y una toalla o una banda y bloques de yoga, kit de fuerza que incluye mancuernas y bandas elásticas, kit de natación que incluye antiparras y una tabla de natación o guantes acuáticos y un flotador de tracción, o un kit de Pilates que incluye una pelota de Pilates y una toalla. Como alternativa, los asociados pueden elegir un dispositivo portátil de seguimiento de la actividad física. Como alternativa, los asociados pueden elegir un dispositivo</p>	

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	portátil de seguimiento de la actividad física.	
<b>Evaluación del ajuste del audífono</b>	Usted paga un copago de \$0 por la evaluación del ajuste del audífono.	<p><b>Usted paga un copago de \$0 por la evaluación del ajuste del audífono.</b></p> <p><b>El plan cubre 1 ajuste y evaluación de los audífonos cada 2 años.</b></p>
<b>Suministros para diabéticos</b>	<p>Usted paga un 0% de coseguro del costo total de los suministros preferidos para diabéticos (glucometros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones para el control de la diabetes).</p> <p>Los suministros preferidos para diabéticos incluyen productos Abbott: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, Precision Xtra y productos de Trividia: True Metrix.</p>	<p><b>Usted paga un 0% de coseguro del costo total de los suministros preferidos para diabéticos (glucometros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones para el control de la diabetes).</b></p> <p><b>Los suministros preferidos para diabéticos incluyen:</b>  <b>Abbott products:</b>  <b>FreeStyle, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra y</b>  <b>Trividia/Nipro Products:</b>  <b>True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air.</b></p>



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Usted paga un 20% de coseguro del costo total de los glucometros y tiras reactivas no preferidos. Para ello se requerirá una autorización previa.</p> <p>Usted paga un 20% de coseguro del costo total de las lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones para el control de la diabetes que no sean preferidos. Para ello no requerirá autorización previa.</p> <p>Usted paga un coseguro de 0% del costo total de los monitores de glucosa sanguínea continuos preferidos (CBGM). No se requiere autorización previa. Usted debe tener un historial de prescripciones médicas de insulina en los últimos 120 días.</p> <p>Los CBGM preferidos incluyen Freestyle® Libre, Dexcom G6 y Dexcom G7.</p>	<p><b>Usted paga un 20% de coseguro del costo total de los glucometros y tiras reactivas no preferidos. Para ello se requerirá una autorización previa.</b></p> <p><b>Usted paga un 20% del costo total de las lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones de control no preferidos. Esto no requiere autorización previa.</b></p> <p><b>Usted paga un coseguro de 0% del costo total de los monitores de glucosa sanguínea continuos preferidos (CBGM). No se requiere autorización previa cuando se tiene un historial de prescripciones de insulina en los últimos 120 días.</b></p> <p><b>Los CBGM preferidos incluyen Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, Dexcom G6 y Dexcom G7.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Usted paga un 20% del costo total del CBGM no preferido. Esto requerirá autorización previa y el ensayo de un CBGM preferido.</p>	<p><b>Usted paga un 20% del costo total del CBGM no preferido. Esto requerirá autorización previa y el ensayo de un CBGM preferido.</b></p> <p><b>Si usted es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga un 0% del costo total.</b></p>
<b>Tarjeta prepagada</b>	<p>Tarjeta prepagada: Diseño de seguro basado en el valor (VBID)</p> <p>Los beneficiarios recibirán una tarjeta de \$50 al mes, que se utilizará para comprar alimentos saludables, comidas preparadas y / o para pagar servicios públicos. El monto de los beneficios no utilizados no se acumula de un mes a otro.</p>	<p><b>Tarjeta prepagada - Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI)*</b></p> <p><b>Los beneficiarios pueden ser elegibles para recibir una tarjeta de \$65 al mes, para ser utilizada para comprar alimentos saludables, comidas, artículos de cuidado personal, suministros para mascotas, aptitud física, pagar servicios públicos y comprar gasolina. El monto de los beneficios no utilizados no se acumula de un mes a otro.</b></p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		<p><b>*Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para asociados con enfermedades crónicas que padecen alguna de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos. Esta no es una lista completa de las condiciones que cumplen los requisitos. El mero hecho de padecer una afección que cumpla los requisitos no significa que vaya a recibir los beneficios. Se aplican otros requisitos.</b></p>

## Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afecte a su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicio al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food y Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Ve al sitio web de la FDA: [www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.FDA.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puede llamar a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o solicitar más información a su médico primario, médico prescriptor o farmacéutico).

## **Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados**

### **¿Recibe ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?**

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica en su caso.** Le hemos enviado un documento aparte, llamado Anexo De Evidencia De Cobertura Para Personas Que Reciben Ayuda Adicional Para Pagar Medicamentos de Venta con Receta, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre, llame a Servicios al Asociados al (786) 460-3427 o al

---

número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de Subsidio por Bajo Recursos (Low Income Subsidy, LIS)*.

### **Etapas de pago de medicamentos**

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos por el Período sin Cobertura ya no existen en los beneficios de la Parte D.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de su marca preferida, medicamento no preferido y medicamentos de nivel especializado hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanecerá en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo acumulados en lo que va de año alcancen \$2,100.

- ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***
  - ***Etapas de pago de medicamentos***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ha sido sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. En virtud del Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los gastos de bolsillo.

En la tabla se muestra el costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	<b>\$615</b> <b>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos en <i>genéricos preferidos, genéricos y suplementarios</i>, y el costo total de los medicamentos en <i>marca preferida, no preferidos y nivel especializado hasta que alcance el deducible anual</i>. Si recibe ayuda extra, la etapa deducible no se aplica a usted.</b>

**Costos de medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial**

Para los medicamentos de marcas preferidas, medicamentos no preferidos y medicamentos especializados, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro.

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2025 a 2026.

En la tabla se muestra el costo por receta para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red; o para recetas por correo, consulte el capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Genérico Preferido:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga \$0 por receta. El costo de una receta médica por correo de un mes es \$0.</b>
<b>Genérico:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga \$0 por receta. El costo de una receta médica por correo de un mes es \$0.</b>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Medicamento de Marca Preferido:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga 25% del costo total.</b> <b>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</b> <b>(1) \$35</b> <b>(2) 25 % del precio negociado por Medicare (para medicamentos seleccionados) o</b> <b>(3) 25 % del precio negociado por el plan.</b>
<b>Medicamento No Preferido:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga 25% del costo total.</b> <b>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</b> <b>(1) \$35</b> <b>(2) 25 % del precio negociado por Medicare (para medicamentos seleccionados) o</b> <b>(3) 25 % del precio negociado por el plan.</b>



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<b>Medicamento Especializado:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga 25% del costo total.</b> <b>El costo de un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes montos:</b> <b>(1) \$35</b> <b>(2) 25 % del precio negociado por Medicare (para medicamentos seleccionados) o</b> <b>(3) 25 % del precio negociado por el plan.</b>
<b>Medicamentos Suplementarios:</b>	Usted paga \$0 por receta.	<b>Usted paga \$0 por receta.</b>

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

### **Cambios en el beneficio de la parte D de su diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID)**

El plan fue aprobado para ofrecer la eliminación del costo compartido de la Parte D en 2025. Esto ya no se ofrece a partir de 2026. Dado que la mayoría de los asociados reciben ayuda adicional para los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de ellos. El importe que pague dependerá de si usted califica para recibir el subsidio de bajos ingresos (LIS), también conocido como el programa de Ayuda adicional de Medicare. Consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre esta cobertura y su Anexo de subsidio por bajos ingresos (Low Income

Subsidy, LIS) para la cantidad específica que pagará. Puede pagar entre \$0 y \$12.65 por receta.

### **Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

**Si llega a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D ni por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el capítulo 6, sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

## **SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

	<b>2025 (este año)</b>	<b>2026 (el próximo año)</b>
<b>Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare</b>	El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a manejar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año (enero a diciembre). Es posible que usted esté participando en esta opción de pago.	<b>Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su adhesión se renovará automáticamente por 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (786) 460-3427 o sin costo al (833) 342-7463 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></b>

---

## SECCIÓN 3   Cómo cambiar los planes

---

**Para quedarse en DrPlus (HMO D-SNP), no es necesario que haga nada.** A menos que se inscriba en un plan diferente o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito en nuestro DrPlus (HMO D-SNP).

Si desea cambiar los planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se lo dará de baja automáticamente de DrPlus (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se lo dará de baja automáticamente de DrPlus (HMO D-SNP).
- **Para cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para darse de baja. Llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para más información sobre cómo hacer esto. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite darse de baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por afiliación tardía en la Parte D (consulte la sección 3.2).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), consulte el manual Medicare & You del 2026, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vaya a la sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### Sección 3.1   Plazos para cambiar los planes

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde **octubre 15 – diciembre 7** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para 1 de enero de 2026, y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

## Sección 3.2 ¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Se están dando de baja o se han dado de baja de la cobertura del empleador
- Se mudan fuera de la zona de servicio de nuestro plan

Debido a que tiene Medicaid, puede dar de baja su afiliación a nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática). ), o
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales para doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si recientemente se ha mudado a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente en ella, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

## SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

---

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos de venta con receta. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para pagar sus gastos con medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que

cumplan los requisitos no tendrán que pagar una penalización por afiliación tardía. Para ver si califica, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., lunes viernes para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
  - Su oficina estatal de Medicaid.
- **Prescripción de medicamentos para la asistencia en el reparto de costos para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para participar en el tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para poder optar al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA que opera en su estado, debe cumplir ciertos criterios, entre los que se incluyen la prueba de residencia en el estado y el estado serológico respecto al VIH, tener bajos ingresos según la definición del estado y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA pueden optar a la ayuda para compartir los costos de las recetas a través de la Florida Sección de VIH/SIDA del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al 1-850-245-4422 (inglés), 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-243-7101 (1-800-AIDS-101) (criollo), 1-888-503-7118 (TTY/TDD) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. o visite el sitio web en [www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html](http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html). Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
  - **El Plan de Pago de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos de Venta con Receta Médicas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar los gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Programs, ADAP), para quienes reúnan los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los asociados pueden participar en el

Plan de Pago de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (TTY: 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

---

### Obtenga ayuda de DrPlus (HMO D-SNP)

- **Llame a los Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o gratis al (833) 342-7463 (los usuarios de TTY llaman al 711.)**

Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8 a.m. a 8p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura del 2026***

Este *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* de DrPlus (HMO D-SNP) en 2026. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.doctorshcp.com/2026plans/](http://www.doctorshcp.com/2026plans/) o llame a Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para solicitarnos que le enviemos una copia por correo).

- **Visite [www.doctorshcp.com](http://www.doctorshcp.com)**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

### Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos se denomina Servicios de Seguro de Salud para Ancianos (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Llame a Servicios de Seguro de Salud para Ancianos (SHINE) para obtener asesoramiento gratuito de seguro de salud personalizado. Ellos pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Servicios de Seguro de Salud para Ancianos (SHINE) al 1-800-963-5337 o al TTY/TDD: 1-800-955-8770. Conozca más sobre Servicios de Seguro de Salud para Ancianos (SHINE) en [www.floridashine.org](http://www.floridashine.org).

## Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chat en vivo con [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare en la casilla postal 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite el sitio [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y la calidad de las calificaciones de estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área

- **Lea *Medicare & You del 2026***

*El manual Medicare & You del 2026* se envía a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Obtenga ayuda de Medicaid

Llame a la Agencia de Administración de Cuidados Médicos de Medicaid Florida al 1-888-419-3456, de lunes a viernes, de 8AM a 5PM. Usuarios de TTY 800-955-8771. También puede visitar el sitio web en [www.ahca.myflorida.com](http://www.ahca.myflorida.com).

---

# Aviso De Prácticas De Privacidad

---

## AVISO DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y financiera, y cómo puede acceder a dicha información. Por favor, revísela cuidadosamente.

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, en el que se explica cómo podemos utilizar la información sobre usted y cuándo podemos facilitar o “divulgar” dicha información a terceros. También tiene derechos en relación con su información médica que se describe en este aviso. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este aviso.

Los términos “información” o “información médica” en este aviso incluyen cualquier información que conservemos que pueda utilizarse razonablemente para identificarlo y que se relacione con su estado de salud física o mental, la prestación de atención médica a usted o el pago de dicha atención médica.

Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestras prácticas de privacidad, le proporcionaremos un aviso modificado por correo postal o electrónico, según lo permita la legislación aplicable. En todos los casos, publicaremos el aviso modificado en el sitio web de su plan de salud, como [www.doctorshcp.com](http://www.doctorshcp.com).

## ¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL?

Debemos utilizar y divulgar su información médica para proporcionar dicha información:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) con el fin de administrar sus derechos tal y como se describe en este aviso; y
- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que su privacidad esté protegida.



Tenemos derecho a utilizar y divulgar información médica para su tratamiento, para pagar su atención médica y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su información médica:

**Para el pago** de las primas que nos adeuda, para determinar su cobertura y para tramitar las reclamaciones por los servicios de atención médica que reciba, incluyendo la subrogación o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

**Para el tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar información médica para ayudar en su tratamiento o en la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a proporcionarle atención médica.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar o divulgar información médica según sea necesario para operar y gestionar nuestras actividades comerciales relacionadas con la prestación y gestión de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de control de enfermedades o de bienestar que podría ayudarle a mejorar su salud, o podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de DHCP. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, formación, acreditación, concesión de licencias, marketing y realización u organización de otras actividades de gestión de costos.

## PARA PROPORCIONAR SU INFORMACIÓN SOBRE SALUD

**Programas o productos relacionados**, como tratamientos médicos alternativos y programas o productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a las limitaciones impuestas por la ley.

**Para los patrocinadores del plan.** Podemos compartir información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre el uso y la divulgación de la información de conformidad con la ley federal.

**Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar información médica para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con proveedores que le brindan atención médica.

---

**Podemos utilizar o divulgar su información médica para los siguientes fines en circunstancias limitadas:**

- **Según lo requiera la ley.** Podemos divulgar información cuando la ley lo exija.
- **A las personas que están involucradas en su cuidado.** Podemos utilizar o divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención o que ayude a pagar su atención, como un familiar, cuando usted esté incapacitado o en una emergencia, o cuando usted esté de acuerdo o no se oponga cuando se le dé la oportunidad. Si no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es en su mejor interés.
- **Para actividades de salud pública,** como la notificación o la prevención de brotes de enfermedades.
- **Para denunciar a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** ante las autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dicha información, incluyendo los servicios sociales o las agencias de protección.
- **Para actividades de supervisión médica** a una agencia de supervisión médica para actividades autorizadas por ley, como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** como en respuesta a una orden judicial, una orden de registro o una citación.
- **Para fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad** de usted, otra persona o el público, por ejemplo, revelando información a organismos de salud pública o autoridades policiales, o en caso de emergencia o desastre natural.
- **Para funciones gubernamentales especializadas,** como actividades militares y relacionadas con los veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección del presidente y otras personas.
- **Para la indemnización por accidente laboral,** según lo autorizado por las leyes estatales de indemnización por accidente laboral que regulan las lesiones o

enfermedades relacionadas con el trabajo, o en la medida necesaria para cumplir con dichas leyes.

- **Para fines de investigación**, como la investigación relacionada con la evaluación de determinados tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad.
- **Proporcionar información sobre personas fallecidas**. Podemos divulgar información a un forense o médico forense para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a directores de funerarias cuando sea necesario para el desempeño de sus funciones.
- **Para fines de obtención de órganos**. Podemos utilizar o divulgar información a entidades que se ocupan de la adquisición, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones penitenciarias o funcionarios encargados** de hacer cumplir la ley si usted es recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **A los socios comerciales que desempeñan funciones** en nuestro nombre o nos prestan servicios, si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud del contrato que han firmado con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no se les permite utilizar ni divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.
- **A efectos de notificación de violaciones de datos**. Podemos utilizar su información de contacto para proporcionarle notificaciones legalmente requeridas sobre la adquisición, el acceso o la divulgación no autorizados de su información médica. Podemos enviarle el aviso directamente a usted o proporcionárselo al patrocinador de su plan a través del cual recibe cobertura.
- **A nuestras filiales corporativas**, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y empresas no financieras, como procesadores de datos.
- **A empresas no afiliadas para fines comerciales cotidianos**, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e

investigaciones legales, y a empresas no afiliadas que prestan servicios para nosotros, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida información altamente confidencial sobre usted. Esta “información altamente confidencial” puede incluir información confidencial según las leyes federales que regulan la información sobre el abuso de alcohol y drogas y la información genética, así como las leyes estatales que a menudo protegen los siguientes tipos de información:

1. VIH/SIDA
2. Salud mental
3. Pruebas genéticas
4. Abuso de alcohol y drogas
5. Enfermedades de transmisión sexual e información sobre salud reproductiva
6. Abuso o negligencia infantil o de adultos, incluyendo agresión sexual.

Si el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso está prohibido o limitado de manera significativa por otras leyes que nos son aplicables, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Salvo para los usos y divulgaciones descritos y limitados en este aviso, utilizaremos y divulgaremos su información médica únicamente con su autorización por escrito. Una vez que nos autorice a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona a la que se le proporcione la información no la divulgará. Usted puede retirar o “revocar” su autorización por escrito en cualquier momento, excepto si ya hemos actuado en base a su autorización. Para saber dónde enviar su autorización por escrito y cómo revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

## ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

- **Usted tiene derecho a solicitar que se restrinja** el uso o la divulgación de su información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinja la divulgación a los asociados de su familia o a otras personas que participen en su atención médica o en el pago de su atención médica. También podemos tener políticas sobre el acceso de dependientes que autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones.  
*Tenga en cuenta que, aunque intentaremos atender su solicitud y permitiremos las solicitudes que sean coherentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.*
- **Usted tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando información a un apartado postal). Casilla en lugar de la dirección de su domicilio). Atenderemos las solicitudes razonables en las que la divulgación de toda o parte de su información médica pudiera ponerle en peligro. Aceptaremos solicitudes verbales para recibir comunicaciones confidenciales, pero las solicitudes para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa deberán realizarse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que figura a continuación.
- **Usted tiene derecho a ver y obtener una copia** de la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, como reclamaciones y registros de casos o de gestión médica. En algunos casos, también puede recibir un resumen de esta información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica. Envíe su solicitud por correo a la dirección que figura a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. Es posible que cobremos una tarifa razonable por cualquier copia. Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a que se revise el rechazo. Si mantenemos un registro médico electrónico que contenga su información médica, cuando y si así lo exige la ley, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información médica en formato electrónico a usted o a un tercero que usted identifique. Podemos cobrar una tarifa razonable por enviar la copia electrónica de su información médica.
- **Usted tiene derecho a solicitar que se modifique** la información que mantenemos sobre usted si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe realizarse por escrito y proporcionar los motivos de la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que figura a

continuación. Si rechazamos su solicitud, puede solicitar que se añada una declaración de su desacuerdo a su información médica.

▪ **Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud.**

Esta relación no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) antes del 14, 2003 de abril; (ii) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (iii) a usted o de conformidad con su autorización; y (iv) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; y (v) otras divulgaciones para las que la ley federal no nos exige proporcionar una relación.

▪ **Tiene derecho a una copia en papel de este aviso.** Puede solicitar una copia de esta aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, sigue teniendo derecho a recibir una copia en papel del mismo. También puede obtener una copia de este aviso en nuestra página web en [www.doctorshcp.com](http://www.doctorshcp.com).

## CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, desea ejercer alguno de sus derechos o presentar una queja, llámenos al (833) 500-3427 (TTY:711) o escríbanos a:

**Doctors HealthCare Plans, Inc.**

A la atención de: Oficina de Privacidad  
2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1  
Coral Gables, FL 33134

También puede presentar su denuncia al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede enviar su queja por correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una queja.

---

# Aviso de No Discriminación y Aviso de Disponibilidad

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credos, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliaciones o creencias políticas, o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes cualificados de lengua de signos
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera, puede presentar una queja con:

**Doctors HealthCare Plans, Inc.**

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles

2020 Ponce De Leon Blvd, PHI

Coral Gables, FL 33134

Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Correo Electronico:: [civilrights@doctorshcp.com](mailto:civilrights@doctorshcp.com)

---

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

**U.S. Department of Health y Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en:  
<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.



## AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA, AYUDAS AUXILIARES Y SERVICIOS

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids y services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) o speak to your provider.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin carga adecuada apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

**Arabic:** وسائل تتوفر كما. المجانية اللغوية المساعدة خدمات لك فستتوفر، العربية اللغة تتحدث كنت إذا: تنبيه 833-342-7463 م الرق على اتصل. مجانًا إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة (TTY:711) . "الخدمة مقدم إلى تحدث أو (TTY:711) ."

**Chinese Traditional :** 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。」

**Chinese Simplified:** 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463（文本电话：(TTY:711)）或咨询您的服务提供商。

**French:** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ સ્વરૂપમાં આપવાની યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Italian:** ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

**Korean:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로

제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Polish:** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

**Thai:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทยฟรี การความช่วยเหลือ ด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมี เครือข่ายมี และบริการ การช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่ เข้าถึงได้ โดยไม่ เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 833-342-7463 (TTY:711) หรือ ติดต่อ ปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”