

2021

Aviso anual de cambios para 2021

DrExtra

(HMO-POS SNP)

 **DOCTORS**
HEALTHCARE PLANS, INC.

Gracias por seguir confiando en nosotros con sus necesidades médicas.

¡Estamos felices que usted está inscrito como nuestro asociado!

Por favor lea este folleto para obtener información importante sobre su privacidad y los cambios anuales de su plan de salud para el año 2021. Revisando su cobertura ahora asegurara que satisfaga sus necesidades médicas para el próximo año.

Una copia de los siguientes documentos sobre su plan de salud está disponible en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2021planes/.

- » *Evidencia de cobertura* – este documento incluye información importante y detalles sobre su plan de salud y su cobertura de medicamentos con receta
- » *Formulario/Lista de medicamentos* – 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 envié 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	(866) 291-3725

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

¡Esperamos seguir sirviendo sus necesidades médicas en el año 2021!

DrExtra (HMO-POS SNP) OFRECIDO POR DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC.

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como asociado de DrExtra (HMO-POS SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

QUÉ HACER AHORA

1. PREGUNTE: Que cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en este folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto al año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas de menor costo disponibles para usted. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite go.medicare.gov/drugprices. Estos tableros destacan que fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos y especialistas que ves regularmente en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de los costos de su salud.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare y Usted)*.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá inscrito en DrExtra (HMO POS SNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar su plan, puede inscribirse en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020.

- Si **no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre de 2020**, permanecerá en DrExtra (HMO-POS SNP).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2021.

RECURSOS ADICIONALES

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o número de teléfono gratuito al 1 (833) 342-7463. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Atendemos de lunes a domingo de 8AM a 8PM.
- Esta información es disponible en otro formato, incluyendo en braille, en letra grande y en cintas de audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a nuestro departamento de Servicios al Asociado al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos Qualifying Health Coverage, (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

ACERCA DE DrExtra (HMO-POS SNP)

- Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros," "nos" o "nuestro/a," hace referencia a Doctors HealthCare Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan," hace referencia a DrExtra (HMO-POS SNP).

RESUMEN DE COSTOS IMPORTANTES PARA 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para DrExtra (HMO-POS SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2021planes/. También puede llamar a nuestro departamento de Servicios al Asociado para pedir que se le envíe la *Evidencia de cobertura*.

COSTO	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <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 obtener detalles).	\$4,500	\$7,500
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	\$0 por estadía	\$0 por estadía
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles)	Deducible: \$0 Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Un suministro para 30 días de una farmacia minorista o de correo: Medicamentos de Nivel 1: \$0 Medicamentos de Nivel 2: \$0 Medicamentos de Nivel 3: \$10 Medicamentos de Nivel 4: \$40 Medicamentos de Nivel 5: 33%	Deducible: \$0 Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Un suministro para 30 días de una farmacia minorista o de correo: Medicamentos de Nivel 1: \$0 Medicamentos de Nivel 2: \$0 Medicamentos de Nivel 3: \$10 Medicamentos de Nivel 4: \$40 Medicamentos de Nivel 5: 33%
Período sin cobertura	Cobertura para todos los medicamentos en los niveles 1 y 2 través del período sin cobertura. Cobertura para medicamentos selectos al mismo copago del límite de cobertura inicial (\$10 copago por suministro de 30 días) o 25% de los costos totales, lo que sea menor.	Cobertura durante el período sin cobertura para medicamentos en los niveles 1 y 2. No hay cobertura para medicamentos selectos en el nivel 3.

Aviso anual de cambios para 2021 índice

RESUMEN DE COSTOS IMPORTANTES PARA 2021	6	
<hr/>		
SECCIÓN 1	CAMBIOS EN LOS COSTOS Y BENEFICIOS PARA EL AÑO PRÓXIMO	8
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5	Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6	Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	10
<hr/>		
SECCIÓN 2	CÓMO DECIDIR QUÉ PLAN ELEGIR	14
Sección 2.1	Si desea seguir inscrito en DrExtra (HMO-POS SNP)	14
Sección 2.2	Si desea cambiar de plan	14
<hr/>		
SECCIÓN 3	PLAZO PARA EL CAMBIO DE PLAN	15
<hr/>		
SECCIÓN 4	PROGRAMAS QUE OFRECEN ASESORAMIENTO GRATUITO SOBRE MEDICARE	15
<hr/>		
SECCIÓN 5	PROGRAMAS QUE AYUDAN A PAGAR LOS MEDICAMENTOS CON RECETA	16
<hr/>		
SECCIÓN 6	PREGUNTAS	17
Sección 6.1	Cómo recibir ayuda de DrExtra (HMO-POS SNP)	17
Sección 6.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	17
<hr/>		
¿QUÉ INCLUYE EL BENEFICIO DE SALUD Y BIENESTAR COMO ASOCIADO DE DOCTORS HEALTHCARE PLANS?	18	
<hr/>		
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	19	



SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

COSTO	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	No Hay Cambio

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo.” Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

COSTO	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$4,500	\$7,500 Una vez que haya pagado \$7,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.doctorshcp.com/es/2021proveedores/, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores.

Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, a que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.doctorshcp.com/es/2021proveedores/, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su Evidencia de cobertura de 2021.

COSTO	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
Equipo médico duradero	Usted paga 20% del costo total para máquinas de CPAP.	Usted paga 0% del costo total para máquinas de CPAP.
Acupuntura	Acupuntura si tiene cobertura. Estos servicios no requieren autorización previa.	Acupuntura si tiene cobertura. Estos servicios requieren autorización previa.
Servicios de Ambulancia (aire y tierra)	Usted paga un copago de \$75 por cada viaje.	Usted paga un copago de \$100 por cada viaje.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	No hay Tratamiento Escalonada para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	Tratamiento Escalonada para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare incluyen: Viscosupplements, Eylea, y Lucentis. (Para más información, consulte www.doctorshcp.com/es/2021planes/)
Punto de servicio (POS)	Este beneficio le permite acceder a especialistas fuera de la red (solo para consultas) en el Condado de Miami-Dade.	Este beneficio le permite acceder a especialistas fuera de la red (solo para consultas) en el Condado de Miami-Dade. Las siguientes especialidades están excluidas: Manejo de Dolor, Dermatología, Oncología y Salud Mental.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para 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.” La lista de nuestros medicamentos está disponible electrónicamente.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Asociado y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si aprobamos su solicitud para una excepción es válida hasta la fecha de expiración. Una nueva solicitud de excepción del formulario deberá ser presentada antes de la fecha de vencimiento. Para saber cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) o llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar 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 participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la *Evidencia de cobertura* para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2020 llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado y solicite la “Cláusula adicional LIS.” En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de nuestro Departamento de Servicios al Asociado.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos.” La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asociados no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.doctorshcp.com/es/2021planes/. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios de beneficio o costo le afectan. También puedes llamar a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para pedir que se envíe la *Evidencia de cobertura*).

CAMBIOS EN LA ETAPA DEL DEDUCIBLE

ETAPA	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

CAMBIOS EN SUS COSTOS COMPARTIDOS EN LA ETAPA DE COBERTURA INICIAL

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

ETAPA	2020 (ESTE AÑO)	2021 (PRÓXIMO AÑO)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red de medicamentos con receta o para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>Excepciones</p> <p>Período sin cobertura</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta</p> <p>De marca preferidas: Usted paga \$10 por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$40 por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Un medicamento genérico aprobado que no esta en nuestro formulario tomará un copago del nivel 2 (\$0).</p> <p>Un medicamento de marca aprobado que no esta en nuestro formulario tomará un copago del nivel 4 (\$40).</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Cobertura para todos los medicamentos en los niveles 1 y 2 través del período sin cobertura.</p> <p>Cobertura para medicamentos selectos al mismo copago del límite de cobertura inicial (\$10 copago por suministro de 30 días) o 25% de los costos totales, lo que sea menor.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por medicamento con receta</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 por medicamento con receta</p> <p>De marca preferidas: Usted paga \$10 por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$40 por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Un medicamento genérico o de marca aprobado que no está en nuestro formulario tomará un copago del nivel 4 (\$40). Si el medicamento cuesta menos que el copago, usted pagará el menor costo de los dos.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Cobertura durante el período sin cobertura para medicamentos en los niveles 1 y 2. No hay cobertura para medicamentos selectos en el nivel 3.</p>

CAMBIOS EN LA ETAPA DEL PERÍODO SIN COBERTURA Y EN LA ETAPA DE COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los asociados no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en DrExtra (HMO-POS SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en DrExtra (HMO-POS SNP).

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo asociado de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- O BIEN, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare.

Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en DrExtra (HMO-POS SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en DrExtra (HMO-POS SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Asociado (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En la Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

SHINE es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con SHINE llamando al 1-800-963-5337 o TTY/TDD 1-800-955-8771. Para obtener más información sobre SHINE, visite su sitio web www.floridaSHINE.org.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7AM a 7PM, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de Florida ADAP Program HIV/AIDS Section. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a (1-800-545-SIDA) o 1-888-503-7118 (TTY/TDD) de lunes a viernes de 8AM a 4:30PM o visite el sitio web al: www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de DrExtra (HMO-POS SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al: (833) 342-7463. (Solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8AM a 8PM. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de cobertura de 2021 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para DrExtra (HMO-POS SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2021planes/. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para pedirnos que se le envíe la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.doctorshcp.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué incluye el beneficio de salud y bienestar como asociado de Doctors HealthCare Plans?

Podemos ayudarle a tomar las decisiones correctas desde cual ejercicio es el adecuado para usted, hasta comer los alimentos correctos, y crear una rutina para salud y bienestar. **¡Su plan está aquí para usted!**

OFRECEMOS LOS SIGUIENTES BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR:

- Educación y manejo de casos para enfermedades crónicas
- Evaluaciones de lesiones y prevención de caídas
- Evaluaciones de salud mental/conducta y referido a proveedores
- Educación y beneficio de salud oral
- Evaluación del consumo de tabaco y programas para dejar de fumar
- Educación nutricional
- Programa de Salud y actividad física Silver&Fit®

¿Qué incluye el Programa de ejercicios y envejecimiento saludable de Silver&Fit®?

El programa les brinda acceso a gimnasios a través de una amplia red de localidades. Si no desea unirse a un gimnasio, el programa Silver&Fit® ofrece un programa de ejercicios en casa. El programa Silver&Fit® tiene NUEVAS ofertas virtuales que le pueden motivar a moverse más y vivir de una manera más saludable en casa. ¡Acece a las clases de ejercicios de Facebook Live (en Vivo), ejercicios físicos virtuales, seguimiento de actividad física y más! Una vez inscrito, puede ver los recursos educativos de envejecimiento saludable en la red. Puede leer el boletín trimestral de La Pizarra de Plata (The Silver Slate) en el sitio web, que le provee información útil sobre la salud y condición física, y puede ver las clases en línea de salud y bienestar. Visite www.silverandfit.com para comenzar.

Aquí tiene un mensaje de Silver&Fit®

¡NUEVO! Biblioteca digital de ejercicios y entrenamientos diarios en línea

A partir del próximo año, le ofreceremos una biblioteca ampliada de más de 1,500 videos de entrenamiento digitales exclusivamente para el programa Silver&Fit®. Únase en Facebook Live y YouTube a partir del 1ero de octubre para ver los distintos tipos y niveles de entrenamientos que estén disponibles para los asociados de Silver&Fit® el próximo año. Vea a continuación nuestro programa diario este otoño en Facebook Live y YouTube.*

	LUNES Cardio	MARTES Yoga	MIÉRCOLES Fortaleza/pesas	JUEVES Flexibilidad	VIERNES Formato mixto
12:00 PM	Principiante: Explore el comienzo de su viaje de bienestar				
1:00 PM	Intermedio: Experimente intensificando su entrenamiento				
2:00 PM	Avanzado: Desafíe sus habilidades y condición física				
3:00 PM	Internacional: Disfrute de entrenamientos de alrededor del mundo				

* Itinerario de clases es sujeto a cambios

Para obtener información adicional sobre el programa Silver&Fit®, incluidos los horarios y niveles de clases de entrenamiento diario, visítenos en:

www.SilverandFit.com | www.facebook.com/SilverandFit | www.youtube.com/SilverandFit

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PARA SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD Y FINANCIERA

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y financiera y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise con cuidado.

La ley nos exige proteger la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica cómo podemos usar su información y cuándo podemos divulgarla o divulgarla a otros. También tiene derechos con respecto a su información de salud que se describen en este aviso. La ley nos exige que permanezcamos por los términos de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que se pueda usar razonablemente para identificarlo y que se relacione con su condición física o mental, la provisión de atención médica o el pago de dicha atención médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestras prácticas de privacidad, le proporcionaremos un aviso revisado por correo directo o electrónicamente según lo permita la ley aplicable. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en el sitio web de su plan de salud, como www.doctorshcp.com.

¿QUE ES LA INFORMACION PERSONAL DE SALUD?

Debemos usar y divulgar su información de salud para proporcionar esa información:

- Para usted o alguien que tiene el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) con el fin de administrar sus derechos 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 usar o divulgar su información de salud:

Para el pago de las primas adeudadas a nosotros, para determinar su cobertura y para procesar las reclamaciones por los servicios de atención médica que recibe, incluso para la subrogación o la coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos informarle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

Para tratamiento. Podemos usar o divulgar información médica para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarlos a brindarle atención médica.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar información de salud según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerirle un programa de control de enfermedades o de bienestar que podría ayudar a mejorar su salud, o podemos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida según sea

necesario para respaldar las actividades comerciales de DHCP. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación, acreditación, licenciamiento, mercadotecnia y la realización u organización de otro tipo de gestión de costos.

Para proporcionar su información sobre programas o productos relacionados con la salud, como tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujetos a los límites impuestos por la ley.

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

Para Recordatorios. Podemos usar o divulgar información médica para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con proveedores que le brinden atención médica.

Podemos usar o divulgar su información de salud para el siguiente propósito en circunstancias limitadas:

- Según lo requiera la ley. Podemos divulgar información cuando así lo exija la ley.
- A las personas involucradas con su cuidado. Podemos utilizar o divulgar su información de salud a una persona involucrada en su atención o que ayuda a pagar su atención, como un asociado de la familia, cuando está incapacitado o en una emergencia, o cuando acepta o no objeta cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no puede presentar una objeción, utilizaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted.
- Para actividades de salud pública, como informar o prevenir brotes de enfermedades.
- Para informar a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dicha información, incluido un servicio social o una agencia de servicios de protección.
- Para actividades de supervisión de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, tales como licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.
- Para procedimientos judiciales o administrativos, como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.
- Para fines de aplicación de la ley. Podemos divulgar su información de salud a un oficial de la ley para fines tales como proporcionar información limitada para ubicar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad para usted, otra persona o el público, por ejemplo, divulgando información a las agencias de salud pública o las autoridades policiales, o en caso de una emergencia o desastre natural.
- Para funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y servicios de protección para el presidente y otros.
- Para Compensación de trabajadores según lo autorizado por, o en la medida necesaria para cumplir con, las leyes estatales de compensación de trabajadores que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Para fines de investigación, como la investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley de privacidad.

- Para proporcionar información sobre los difuntos. Podemos divulgar información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar una causa de muerte o según lo autorizado por la ley. También podemos divulgar información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- Para los Propósitos de Adquisición de Órganos. Podemos usar o divulgar información a entidades que se encargan de la adquisición, la banca o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted está preso en una institución correccional 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 brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.
- Para Asociados comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.
- Para fines de notificación de violación de datos. Podemos utilizar su información de contacto para proporcionar avisos legalmente requeridos de adquisición no autorizada, acceso o divulgación de su información de salud. Podemos enviarle un aviso directamente o proporcionarle un aviso al patrocinador de su plan a través del cual recibe la cobertura.
- A nuestros afiliados corporativos, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras y compañías no financieras, como procesadores de datos.
- A empresas no afiliadas para nuestros fines comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su (s) cuenta (s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales, y a compañías 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 requerir protecciones de privacidad especiales que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información de salud, incluida la información altamente confidencial sobre usted. La "información altamente confidencial" puede incluir información confidencial bajo las leyes federales que rigen la información de 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 adulta, incluida la agresión sexual.

Si un uso o divulgación de información de salud descrita anteriormente en este aviso está prohibida o limitada materialmente por otras leyes que se aplican a nosotros, es nuestra intención cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos y limitados según lo establecido en este aviso, utilizaremos y divulgaremos su información de salud solo con una autorización por escrito de usted. Una vez que nos autoriza a divulgar su información de salud, no podemos garantizar que la persona a la que se proporciona la información no divulgue dicha información. Puede retirar o "revocar" su autorización escrita en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado en base a su autorización. Para saber dónde enviar su autorización por escrito y cómo revocar una autorización, comuníquese con el número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

¿CUALES SON SUS DERECHOS?

- **Tiene derecho a solicitar restricciones** de usos o divulgaciones de su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar restringir las divulgaciones a los asociados de la familia o a otras personas que participen en su atención médica o en el pago de su atención médica. También podemos tener políticas sobre acceso dependiente que autoricen a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones.

Tenga en cuenta que, aunque trataremos de cumplir con su solicitud y permitiremos solicitudes consistentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.

- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones** confidenciales de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando información a un PO Box en lugar de su dirección particular).
- **Aceptaremos solicitudes razonables** en las que la divulgación de toda o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro. Aceptaremos solicitudes verbales para recibir comunicaciones confidenciales, pero las solicitudes para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa deben hacerse por escrito. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación.
- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de la información de salud que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, como reclamos y registros de casos o de gestión médica. También, en algunos casos, puede recibir un resumen de esta información de salud. Debe hacer una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información de salud. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. Podemos cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.
- **Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a que se revise la denegación.** Si mantenemos un registro médico electrónico que contiene su información de salud, cuando la ley nos lo exige y si así lo exige, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información de salud en formato electrónico a usted o a un tercero que usted identificar.

Es posible que le cobremos una tarifa razonable por enviar la copia electrónica de su información médica.

- **Tiene derecho a solicitar la modificación de la información que conservamos sobre usted** si cree que la información de su salud es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y proporcionar los motivos de la modificación solicitada. Envíe su solicitud a la dirección que figura a continuación. Si rechazamos su solicitud, es posible que tenga una declaración de su desacuerdo agregada a su información de salud.

- **Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones** de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Este informe no incluirá las divulgaciones de información realizadas: (i) antes del 14 de abril de 2003; (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 cuales la ley federal no requiere que proporcionemos una contabilidad.
- **Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso.
- **También puede obtener una copia** de este aviso en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com.

EJERCITANDO TUS DERECHOS

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer alguno de sus derechos o presentar una queja, llámenos al (833) 500-3427 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 notificar al Secretario de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de su queja. Puede enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.



2020 PONCE DE LEON BOULEVARD, PH 1
CORAL GABLES, FLORIDA 33134



WWW.DOCTORSHCP.COM

PRSRT STD
U.S. POSTAGE
PAID
FT. LAUDERDALE, FL
PERMIT 2429



Su Salud,
Nuestro Compromiso



 @DoctorsHealthCarePlans
 @DoctorsHCP