



**2024**  
**Aviso anual de cambios**  
**CONDADO DE MIAMI-DADE**

---

**DrExtraCare**  
**(HMO C-SNP)**

# 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 2024. 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/](http://www.doctorshcp.com/es/).

#### **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 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  
7 días de la semana, 8AM hasta 8PM.**

Doctors HealthCare Plans 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 2024!*

# DrExtraCare (HMO C-SNP)

## ofrecido por Doctors HealthCare Plans, Inc.

---

### AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2024

Actualmente, usted está inscrito como asociado de DrExtraCare (HMO-POS C-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 6 para obtener un resumen de los costos importantes, incluyendo la prima.*

Este folleto describe los cambios de su plan. Para más información sobre los costos, beneficios, o reglas, consulte a la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web [www.doctorshcp.com/es/2024planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2024planes/). También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la Evidencia de cobertura.

- **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: Qué cambios se aplican a usted

---

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Revisa los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital)
  - Revisa los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo los requisitos para autorizaciones y los costos
  - Piensa en lo que vas a gastar en primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” del 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo a farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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 “Medicare Plan Finder” (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual de “Medicare & You 2024” (Medicare y Usted 2024).
- Una vez que limite su elección 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 2023, permanecerá inscrito en **DrExtraCare (HMO C-SNP)**.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su cobertura nueva comenzará el 1 de enero de 2024. Esto terminará su inscripción con **DrExtraCare (HMO C-SNP)**.
- Si se mudó recientemente, actualmente vive o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero de 2024)

## 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 al número de teléfono gratuito al (833) 342-7463. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8AM a 8PM siete días a la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información es disponible en otros formatos incluyendo braille, letra grande y audio. Si necesita información del plan en otro formato, por favor 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

## ACERCA DE DrExtraCare (HMO C-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 DrExtraCare (HMO C-SNP).

## Aviso anual de cambios para 2024

# ÍNDICE

<b>RESUMEN DE COSTOS IMPORTANTES PARA 2024.....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 CAMBIOS EN LOS COSTOS Y BENEFICIOS PARA EL AÑO PRÓXIMO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Cambios en la prima mensual.....	8
1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	8
1.3 Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	8
1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....	11
<b>SECCIÓN 2 CÓMO DECIDIR QUÉ PLAN ELEGIR.....</b>	<b>13</b>
2.1 Si desea seguir inscrito en DrExtraCare (HMO C-SNP).....	13
2.2 Si desea cambiar de plan .....	13
<b>SECCIÓN 3 PLAZO PARA EL CAMBIO DE PLAN.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 PROGRAMAS QUE OFRECEN ASESORAMIENTO GRATUITO SOBRE MEDICARE .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 5 PROGRAMAS QUE AYUDAN A PAGAR LOS MEDICAMENTOS CON RECETA .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 PREGUNTAS .....</b>	<b>15</b>
6.1 Cómo recibir ayuda de parte de DrExtraCare (HMO C-SNP) ..	15
6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	15
<b>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....</b>	<b>16</b>

# Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para DrExtraCare (HMO C-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

<b>COSTO</b>	<b>2023 (ESTE AÑO)</b>	<b>2024 (PRÓXIMO AÑO)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400	\$3,400
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	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
<b>Hospitalizaciones</b>	\$0 por estadía	\$0 por estadía

COSTO	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$10</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$40 (Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33% del costo total del medicamento</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$0</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Por cada receta, usted paga cualquiera de estos sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se llama coseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como un genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos. Nunca pagará más de \$35 por un suministro de insulina para un mes).</p> <p>El Programa de Ahorros para Insulina terminará el 31 de diciembre del 2023.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$0</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$10</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$40 (Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33% del costo total del medicamento</p> <p><b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$0</p> <p>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga.</p> <p>Consulte las secciones 1.4 y 1.5 para obtener información sobre la cobertura de insulina.</p>

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

COSTO	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- 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.

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

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	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400 Monto máximo que paga de su bolsillo fue combinado para los servicios cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red de proveedores.	\$3,400 Servicios cubiertos por Medicare dentro de la red de proveedores. 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 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 y farmacias

En nuestro sitio web [www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/](http://www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/) se encuentra un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Departamento de Servicios al Asociado para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*, el cual le enviaremos por correo dentro de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise nuestro *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para conocer qué farmacias 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. Si un cambio a nuestros proveedores a mitad de año lo afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado para que le podamos ayudar.

## Sección 1.4 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.

<b>COSTO</b>	<b>2023 (ESTE AÑO)</b>	<b>2024 (PRÓXIMO AÑO)</b>
<b>Servicios dentales</b>	Implante, endodancias, y las extracciones no son cubiertas. Usted paga un copago de \$0 por servicio por 2 empastes al año.	Usted paga un copago de \$0 por servicio por un implante, una endodoncia, 4 empastes y hasta 4 extracciones al año.
<b>Audífonos</b>	El plan paga hasta \$1,200 para audífonos cada 2 años calendario.	El plan paga hasta \$1,350 para audífonos cada 2 años calendario.
<b>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	\$55 al mes: Este plan cubre ciertos medicamentos aprobados, sin receta, artículos relacionados con la salud, hasta \$55 por mes.	\$65 al mes: Este plan cubre ciertos medicamentos aprobados, sin receta, artículos relacionados con la salud, hasta \$65 por mes.
<b>Acupuntura</b>	Usted paga un copago de \$0 hasta 20 visitas suplementarias al consultorio por año. No se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 hasta 20 visitas suplementarias al consultorio por año. Se requiere autorización previa.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga un copago de \$100 por cada servicio de ambulancia terrestre o aérea de ida cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$100 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare de ida. Usted paga un coseguro de 20% del costo total por cada servicio de ambulancia aérea de ida cubierto por Medicare.

COSTO	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<b>Suministros para diabéticos</b>	<p>Usted paga un coseguro de 0% del costo total de los suministros para diabéticos preferidos (incluyendo glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control). Estos incluyen: Abbott: Freestyle<sup>®</sup> productos (Freestyle Libre no está incluido), Abbott: Precision Xtra<sup>®</sup> productos y LifeScan: OneTouch<sup>®</sup> productos.</p> <p>Usted paga un coseguro de 20% del costo total de los suministros para diabéticos no preferidos.</p>	<p>Usted paga un coseguro de 0% del costo total de los suministros para diabéticos preferidos (incluyendo glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control).</p> <p>Estos incluyen: Productos Abbott: FreeStyle Lite, FreeStyle<sup>®</sup> FreedomLite, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra (no incluye Freestyle<sup>®</sup> Libre). Los productos LifeScan: OneTouch<sup>®</sup> ya no son suministros diabéticos preferidos.</p> <p>Usted paga un coseguro de 20% del costo total de los suministros para diabéticos no preferidos.</p>
<b>Servicios de radiología diagnóstica</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicio si se realiza en el consultorio de un médico o en un centro radiológico independiente. Usted paga un copago de \$50 por servicio si se realiza en un centro hospitalario.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicio si se realiza en el consultorio de un médico o en un centro radiológico independiente. Usted paga un copago de \$75 por servicio si se realiza en un centro hospitalario.</p>
<b>Punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés)</b>	<p>El punto de servicio (POS) para ciertas visitas al consultorio del especialista está cubierto.</p>	<p>El punto de servicio (POS) para ciertas visitas al consultorio del especialista no está cubierto.</p>
<b>Referidos</b>	<p>No se requiere para visitas al especialista y otros servicios</p>	<p>Requerido para visitas al especialistas y otros servicios. <i>Consulte su Evidencia de cobertura para obtener información detallada.</i></p>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada. Usted paga un copago de \$50 por día durante los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada. Usted paga un copago de \$60 por día durante los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada</p>
<b>Radioterapia</b>	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada servicio de radioterapia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$75 por cada servicio de radioterapia.</p>

**Nota:** A partir del 1 de julio de 2023, **no pagará más de \$35 por un suministro de un mes** de insulina cubierta por la Parte B a través de un artículo de Equipo Médico Duradero (DME) (es decir, bomba de insulina tradicional médicamente necesaria). A partir del 1 de abril de 2023, su coseguro para ciertos medicamentos de la Parte B (incluidos los productos biológicos) con precios que aumentaron a una tasa más rápida que la tasa de inflación ("Medicamentos reembolsables de la Parte B") se ajustará para que su coseguro se base en el monto de pago ajustado a la inflación más bajo. Este nuevo reembolso por inflación se aplica a ciertos medicamentos de fuente única y productos biológicos de la Parte B de Medicare, incluidos los productos biológicos biosimilares, y puede estar en cualquiera de las categorías "Servicios de administración de quimioterapia para incluir medicamentos de

quimioterapia/radiación” u “Otros medicamentos cubiertos por la Parte B del Medicare original.” Su coseguro se basará en el 20% del monto del pago ajustado a la inflación para el trimestre y se reflejará como un porcentaje **(que es menos del 20%)** del monto del pago de la Parte B de Medicare. **No pagará más del 20%.**

---

## Sección 1.5 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.” Le enviamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

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 o si su medicamento se ha movido a un nivel diferente de costos compartidos.**

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 normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, por favor revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.

### 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. Hemos enviado 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 denominado “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. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Departamento de Servicios al Asociado y pida la “Cláusula adicional LIS.”

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos.”

La siguiente información describe los cambios 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.)

### CAMBIOS EN LA ETAPA DEL DEDUCIBLE

ETAPA	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	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

ETAPA	2023 (ESTE AÑO)	2024 (PRÓXIMO AÑO)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</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 o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.</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>Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$40 por receta. (Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</p> <p><b>Medicamentos especializados:</b> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos suplementarios:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$6,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> <p>El Programa de Ahorros para Insulina terminará el 31 de diciembre del 2023.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Genéricos preferidos:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$40 por receta. (Usted paga un suministro de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</p> <p><b>Medicamentos especializados:</b> Usted paga 33% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos suplementarios:</b> Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$7,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> <p>Consulte las secciones 1.4 y 1.5 para obtener información sobre la cobertura de insulina.</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asociados no alcanzan la etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura en situaciones catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Para obtener información detallada sobre sus costos durante estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en DrExtraCare (HMO C-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 antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan DrExtraCare (HMO C-SNP).

### Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse oportunamente 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 use el “Medicare Plan Finder” ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

#### **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 DrExtraCare (HMO C-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 DrExtraCare (HMO C-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 el Departamento de Servicios al Asociado.
  - 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 2024.

#### **¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Ejemplos incluyen, 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.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 2024.

Si recientemente se mudó, actualmente vive o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare en cualquier momento. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (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 fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de 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 llamar a SHINE 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](http://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.

- **“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. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
  - 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 8AM a 7PM, de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - 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 están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del 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, 8AM a 4:30PM o visita el sitio web en [www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/](http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/).

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de parte de DrExtraCare (HMO C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame nuestro Departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número de teléfono gratuito al (833) 342-7463. (Solo los usuarios de TTY 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 2024 (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 2024. Para obtener detalles, consulte la Evidencia de cobertura de 2024 para DrExtraCare (HMO C-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. En nuestro sitio web [www.doctorshcp.com/es/2024planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2024planes/) encontrará una copia de la Evidencia de cobertura. También puede llamar al Departamento de Servicios al Asociado para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la Evidencia de cobertura.

#### **Visite nuestro sitio web**

Visitar nuestro sitio web en [www.doctorshcp.com/es/inicio/](http://www.doctorshcp.com/es/inicio/). 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**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de Medicare con estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

#### **Lea Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)**

Leer el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Cada año 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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 deben llamar al 1-877-486-2048.

# 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](http://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

H4140\_NPP2018\_C



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](http://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 (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 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](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

# La discriminación es contra la ley

---

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

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las 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 número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc., no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de alguna manera, puede presentar una queja ante: **Doctors HealthCare Plans, Inc.**, Atención: *Departamento de Servicios para Miembros*, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463, TTY:711; 7 días a la semana; 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja llamando, en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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 and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 833-342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 833-342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 833-342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 833-342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 833-342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 833-342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 833-342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 833-342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 833-342-7463 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 833-342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 833-342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे सू वास् थ् य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प् रश् न के जवाब देने के कएि हमारे पास मुफ् त दुभाकयिा सेवाएँ उपब्ि ध हैं। एक दुभाकयिा प् राप् त करने के कएि, बस हमें 833-342-7463 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व् यक् तजिो कहन् दी बोतिा है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ् त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 833-342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 833-342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 833-342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 833-342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、833-342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

# Notas

---

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



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

[WWW.DOCTORSHCP.COM](http://WWW.DOCTORSHCP.COM)

PRSR STD  
U.S. POSTAGE  
**PAID**  
MIAMI, FL  
PERMIT NO. 3643


## INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN


### **DrExtraCare (HMO C-SNP)**

Aviso anual de cambios, condado de Miami-Dade



*Su Salud,  
Nuestro Compromiso*

 @DoctorsHealthCarePlans

 @DoctorsHCP