



2024  
**Resumen de Beneficios**  
CONDADO DE BROWARD

**DrValue-B**

(HMO) H4140-011

H4140\_SBDVALUEB2024S\_M

Doctors HealthCare Plans, Inc., es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Doctors HealthCare Plans, Inc., depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463 (TTY:711) de 8AM a 8PM, 7 días a la semana, para más información.

# Lista de Verificación de Preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Departamento de Servicios al Asociado al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (TTY:711) de 8AM a 8PM, los 7 días de la semana.

## ENTENDER LOS BENEFICIOS

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [www.doctorshcp.com/es/2024planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2024planes/) o llame al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (TTY:711) para ver o solicitar una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los doctores que visite ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta se encuentre en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el Formulario o “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos recetados están incluidos.

## ENTENDER LAS REGLAS IMPORTANTES

- Este plan ofrece una reducción de la Parte B. Reduiremos su prima mensual de la Parte B en hasta \$100 por mes. Esta reducción es establecida por Medicare y administrada por la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Dependiendo de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o a su declaración de prima de la Parte B de Medicare. A veces, la reducción puede tardar varios meses en emitirse; sin embargo, recibirá un crédito completo. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare hasta que el Seguro Social complete su procesamiento. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más detalles.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/ coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- DrPlus-B (HMO D-SNP) H4140-010:** Este plan es un plan de doble elegibilidad para necesidades especiales (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene Medicare Parte A y B y recibe los beneficios de Medicaid de su estado.
- Efecto en su cobertura actual:** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que su nuevo Medicare Advantage comience la cobertura. Si tiene Tricare, su cobertura puede ser afectada una vez que su cobertura nueva de Medicare Advantage comience. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.

# 2024 Resumen de Beneficios

## DrValue-B (HMO) H4140-011

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Doctors HealthCare Plans, Inc., desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. El Resumen de Beneficios no enumera todos los servicios cubiertos por el plan ni enumera cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámenos y solicite el documento de Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) o puede ver el documento en nuestro sitio web [www.doctorshcp.com/es/2024planes/](http://www.doctorshcp.com/es/2024planes/).

### QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE

Para inscribirse en Doctors HealthCare Plans, Inc., debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. El área de servicio de DrValue-B es el Condado de Broward.

### CÓMO PUEDE COMPARAR LOS PLANES DE MEDICARE

Para conocer la cobertura y el costo del Medicare original, consulte su manual actual de "Medicare y Usted." Ordene, encuentre y compare planes de salud en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Horario de atención: 24 horas al día, 7 días a la semana.

### LO QUE CUBRIMOS

Todo lo que cubre Medicare original y mucho más, incluyendo la Parte D de medicamentos, la Parte B de medicamentos (como quimioterapia y medicamentos administrados por su doctor). Para más información, por favor consulte a su Evidencia de cobertura (EOC).

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.

Para obtener un formulario completo del plan (lista de medicamentos de la Parte D) e información sobre cualquier restricción o limitación, visite nuestro sitio web en: [www.doctorshcp.com/es/2024listademedicamentos/](http://www.doctorshcp.com/es/2024listademedicamentos/), o llámenos para obtener una copia del Formulario de Medicamentos.

**Con solo unos sencillos pasos, puede averiguar cuánto costarán sus medicamentos cubiertos.** Nuestro plan agrupa los medicamentos en 6 Niveles. La cantidad que paga por el medicamento dependerá del nivel en que se encuentre su medicamento. Deberá usar su formulario para determinar el nivel. Luego, vaya a la sección de Medicamentos Recetados del Resumen de Beneficios y haga coincidir su medicamento con el nivel para determinar el costo. En general, los asociados deben usar una farmacia dentro de nuestra red. Puede obtener sus medicamentos cubiertos de farmacias que no están en nuestro plan solo cuando no puede obtener sus medicamentos con recetas de una farmacia que está en nuestro plan.

Para encontrar una farmacia en nuestro plan, consulte nuestro Directorio de Proveedores/ Farmacias en línea en nuestro sitio [www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/](http://www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/) o llámenos para obtener una copia.

## ¿CUALES MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDE VISITAR?

Doctors HealthCare Plans, Inc. tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Dependiendo de su plan, es posible que necesite un referido para visitar a su especialista. Ciertos servicios requieren autorización previa y/o un referido con la excepción de los servicios preventivos, de emergencia y de urgencia.

Para obtener información detallada sobre los servicios cubiertos, consulte su Evidencia de Cobertura.

## ¿TIENE MEDICARE Y MEDICAID?

Ciertos niveles de Medicaid (Beneficiario de Medicare Calificado – QMB) están protegidos contra los costos compartidos y tienen una carga de cero participación en los costos. Asegúrese de hablar sobre el estado de Medicaid con su agente de ventas o llame al plan para obtener más detalles.

## ¿SE REQUIEREN AUTORIZACIONES PREVIAS O REFERIDOS?

Para ciertos procedimientos, servicios y medicamentos, es posible que usted necesite aprobación anticipada. Tenga en cuenta que servicios que pueden requerir autorización previa se indican con un "1" y los servicios que pueden requerir un referido se indican con un "2" al lado de los títulos de los beneficios enumerados en este folleto. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.

Para solicitar una autorización previa y/o un referido, por favor comuníquese con su médico.

## CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

Si tiene alguna pregunta y desea comunicarse con nosotros, llame a los números que figuran a continuación o visítenos en [www.doctorshcp.com](http://www.doctorshcp.com).

**Si eres asociado de este plan,** llame al Departamento de Servicios al Asociado a nuestro número local (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (TTY:711).

Horario de atención: 7 días a la semana, 8AM a 8PM EST.

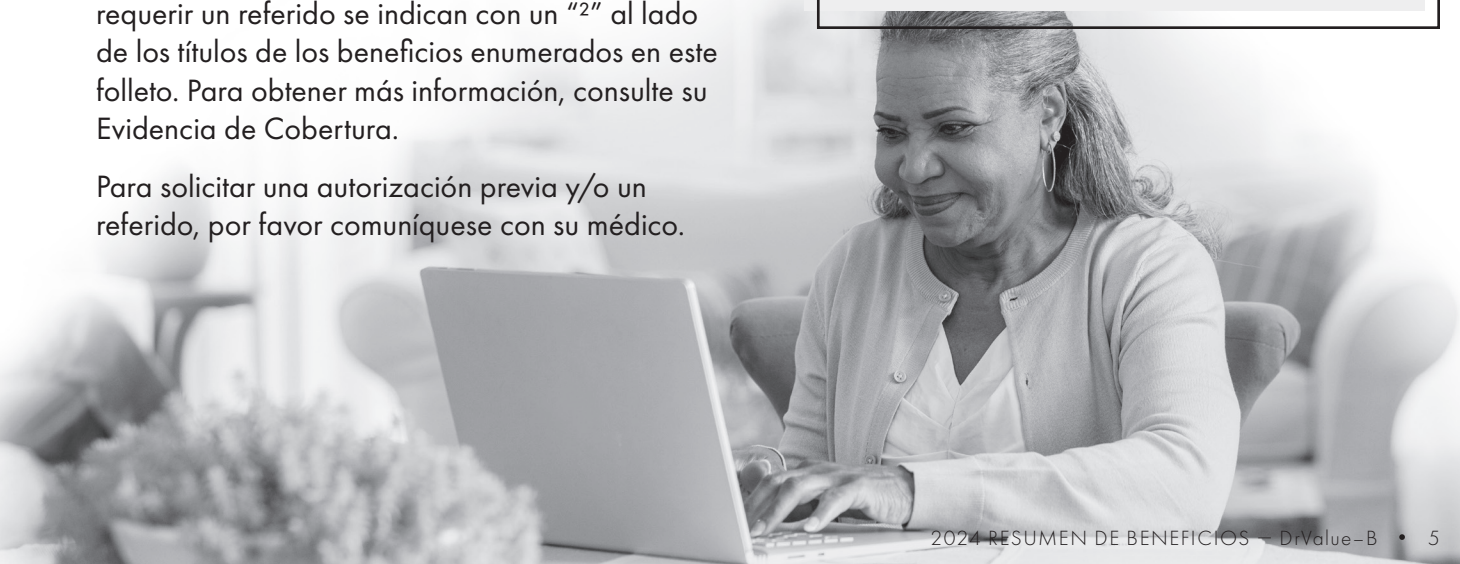
**Si NO eres asociado de este plan,** puedes llamar a un Agente de Ventas Licenciado a nuestro número local (786) 420-3427 o al número gratuito (833) 639-3427 (TTY:711).

Horario de atención: 7 días a la semana, 8AM a 8PM EST.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

 @DoctorsHealthCarePlans

 @DoctorsHCP



## 2024 Resumen de Beneficios

<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>	<b>DrValue-B (HMO) H4140-011</b>
Prima mensual del plan	<b>\$0:</b> Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	Hasta <b>\$100 mensual</b> Reduciremos su prima mensual de la Parte B hasta <b>\$100</b> por mes. Dependiendo de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse a su cheque del Seguro Social o a su declaración de prima de la Parte B de Medicare. A veces, la reducción puede tardar varios meses en emitirse; sin embargo, recibirá un crédito completo. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare hasta que el Seguro Social complete su procesamiento. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para más información.
Deducible	Este plan no tiene un deducible para servicios médicos.
Desembolso máximo (MOOP, por sus siglas en inglés)	<b>\$3,400 por año:</b> Este monto es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios médicos aprobados dentro de la red en nuestro plan. Una vez que haya pagado este monto, pagaremos el <b>100%</b> de sus servicios cubiertos por el resto del año, excluyendo cualquier costo de medicamentos recetados, gastos de salud en los que incurra durante un viaje al extranjero o costos de beneficios suplementarios.

<b>SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS</b>	<b>DrValue-B (HMO) H4140-011</b>
Atención hospitalaria para pacientes internados <sup>1</sup>	<b>\$150 copago por día</b> , del día 1 al 6. <b>\$0 copago por día</b> , del día 7 al 90
Hospital para pacientes ambulatorios	<b>\$0 copago</b> por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio<sup>2</sup></li> <li>• Visitas de terapia individual y grupo de atención de salud mental<sup>1,2</sup></li> <li>• Procedimientos de diagnóstico y prueba<sup>2</sup></li> <li>• Servicios básicos de radiología (rayos x)<sup>1,2</sup></li> </ul> <b>\$100 copago</b> por cirugías en un hospital <sup>1,2</sup> <b>\$100 copago</b> por servicios de observación <sup>1,2</sup>
Cirugía ambulatoria – centro quirúrgico ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) <sup>1,2</sup>	<b>\$50 copago</b>
Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)	<b>\$0 copago</b> por visitas al médico de atención primaria. Debe seleccionar un PCP de la red.
Especialista <sup>1,2</sup>	<b>\$20 copago</b> por visitas a especialistas. Se requiere un referido para visitas a especialistas

Los servicios con un “1” pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un “2” pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS	DrValue-B (HMO) H4140-011
Servicios preventivos	<p><b>\$0 copago</b> for the following supplemental preventative services:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Detección y consejería del abuso de alcohol</li> <li>• Visita anual de "bienestar"</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Reducción y detección del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Chequeo cardiovascular</li> <li>• Pruebas de detección del cáncer cervical y vaginal</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Capacitación para el auto control de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</li> <li>• Programas de educación para la salud y bienestar</li> <li>• Pruebas y control de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> <li>• Pruebas de detección de obesidad y tratamiento</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Terapia para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas, incluyendo vacunas contra la gripe, hepatitis B, COVID-19 y neumococo</li> <li>• Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez)</li> <li>• Atención de visión: detección de glaucoma</li> </ul> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. Cuando utiliza médicos de este plan, se cubre el <b>100%</b> del costo de las evaluaciones de atención preventiva.</p>
Atención de emergencia	<p><b>\$90 copago:</b> Usted no paga el copago de atención de emergencia si ingresa en el hospital dentro de 24 horas.</p>
Atención de urgencias	<p><b>\$25 copago</b></p>
Servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los EE.UU.	<p><b>\$200 copago</b> por servicios de emergencia fuera de los EE.UU.  <b>\$100 copago</b> por servicios de atención de urgencia fuera de los EE.UU.  Este plan puede cubrir atención de emergencia, atención de urgencia y transporte hasta un límite de <b>\$25,000</b>. El plan le reembolsará nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare. Si el costo del servicio es más de \$25,000, tendrá que pagar la diferencia.</p>

Los servicios con un "1" pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un "2" pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

## 2024 Resumen de Beneficios *(continuación)*

SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS	DrValue-B (HMO) H4140-011
Servicios diagnósticos	<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 copago</b> en la consulta con su médico de atención primaria</li> <li>• <b>\$0 copago</b> en la consulta con un especialista<sup>2</sup></li> <li>• <b>\$0 copago</b> en un hospital como servicio ambulatorio<sup>2</sup></li> </ul> <p>Radiología básica (rayos X):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 copago</b> en la consulta con su médico de atención primaria</li> <li>• <b>\$0 copago</b> en la consulta con un especialista<sup>1,2</sup></li> <li>• <b>\$0 copago</b> en un centro de radiología independiente<sup>1,2</sup></li> <li>• <b>\$0 copago</b> en un centro hospitalario como paciente ambulatorio<sup>1,2</sup></li> </ul> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (incluye servicios avanzados de diagnóstico por imágenes como resonancia magnética, angiograma por resonancia magnética y tomografías computarizadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 copago</b> en el consultorio de su médico de atención primaria</li> <li>• <b>\$0 copago</b> en la consulta de un especialista<sup>1,2</sup></li> <li>• <b>\$0 copago</b> en un centro de radiología independiente<sup>1,2</sup></li> <li>• <b>\$125 copago</b> en un centro hospitalario como paciente ambulatorio<sup>1,2</sup></li> </ul> <p>Servicios de radiología terapéutica (radioterapia):<sup>1,2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$60 copago</b></li> </ul> <p>Servicios de laboratorio:<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>\$0 copago</b></li> </ul>
Servicios de audición	<p><b>\$0 copago</b> por examen de audición de rutina.</p> <p><b>\$0 copago</b> por un ajuste/evaluación de audífonos cada dos años.</p> <p>Hasta <b>\$1,200</b> para audífonos cada 2 años calendarios.</p>
Servicios dentales - Preventivo	<p><b>\$0 copago</b> por los siguientes servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones orales periódicas, hasta <b>2</b> por año calendario</li> <li>• Limpieza(s) profiláctica(s), hasta <b>2</b> por año calendario</li> <li>• Fluoruro, hasta <b>2</b> por año calendario</li> <li>• Radiografía de aletas de mordida, hasta <b>2</b> juegos por año calendario</li> <li>• Radiografía panorámica, hasta <b>1</b> por 3 años calendarios</li> </ul>
Servicios dentales - Comprensivo <sup>1</sup>	<p><b>\$0 copago</b> por los siguientes servicios dentales comprensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes (amalgama o resina), hasta <b>2</b> por año calendario</li> <li>• Extracciones, hasta <b>2</b> por año calendario</li> <li>• Tratamiento de endodoncia, hasta <b>1</b> por año calendario</li> <li>• Corona, hasta <b>1</b> por año calendario</li> <li>• Limpieza de sarro y cepillado de raíz (limpieza profunda), hasta <b>1</b> por cuadrante cada 2 años calendarios</li> </ul> <p>Debe visitar a un proveedor participante de la red dental para recibir beneficios dentales. Consulte el sitio web <a href="http://www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/">www.doctorshcp.com/es/2024proveedores/</a> para ver los proveedores dentales participantes.</p>

Los servicios con un "1" pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un "2" pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).



<b>SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS</b>	<b>DrValue-B (HMO) H4140-011</b>
Servicios de visión	<b>\$0 copago</b> por exámenes de la vista Hasta <b>\$125</b> para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario
Servicios de atención de salud mental — para pacientes hospitalizados <sup>1</sup>	<b>\$100 copago</b> del día 1 al 5. <b>\$0 copago</b> del día 6 al 90. Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para la atención de salud mental para pacientes internados un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados un hospital general. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida.” Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es mayor de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura por internación hospitalaria estará limitada a 90 días.
Servicios de atención de salud mental — para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>	<b>\$0 copago:</b> Grupo <b>\$0 copago:</b> Individual Incluye tratamientos ambulatorios para enfermedades mentales y abuso de sustancias controladas.
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés <sup>1</sup> )	<b>\$0 copago</b> del día 1 al 20. <b>\$60 copago</b> del día 21 al 100. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. Un período de beneficio comienza el día en que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o SNF luego de que haya finalizado un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.
Fisioterapia <sup>1,2</sup>	<b>\$25 copago</b>
Ambulancia	<b>\$100 copago</b> por cada viaje de servicios de ambulancia terrestre de emergencia. <b>20% coseguro</b> por cada viaje de servicios de ambulancia aérea de emergencia.
Transporte	<b>\$0 copago</b> para viajes <b>ilimitados</b> a ubicaciones aprobadas por el plan por año calendario. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita.

## **MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE**

Medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>	<b>0% coseguro</b> por los medicamentos nebulizados selectos. Esto incluye: Albuterol Sulfate, Budesonide, Cromolyn Sodium, Ipratropium Bromide, Ipratropium-Albuterol y Levalbuterol HCL. <b>0%-20% coseguro</b> por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia/de radiación</li> <li>• Medicamentos de la Parte B</li> <li>• Insulinas de la Parte B (no excede \$35 mensual)</li> </ul> <b>\$0 copago</b> por la administración de los medicamentos de la Parte B.
---	--

Los servicios con un “1” pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un “2” pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

## 2024 Resumen de Beneficios (continuación)

### PARTE D COBERTURA DE MEDICAMENTOS

<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.	
<b>Límite de cobertura inicial</b>	Usted paga lo siguiente hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los <b>\$5,030</b> .	
<b>NIVEL</b>	<b>COSTO COMPARTIDO DE VENTA AL POR MAYOR</b>	<b>COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO</b>
Nivel 1: Genéricos preferidos	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*
Nivel 2: Genéricos	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	<b>\$45 copago</b> por un suministro de 30 días. <b>\$135 copago</b> por un suministro de 90 días.* <i>(Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)</i>	<b>\$45 copago</b> por un suministro de 30 días. <b>\$135 copago</b> por un suministro de 90 días.* <i>(Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)</i>
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	<b>\$95 copago</b> por un suministro de 30 días. <b>\$285 copago</b> por un suministro de 90 días. <i>(Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)</i>	<b>\$95 copago</b> por un suministro de 30 días. <b>\$285 copago</b> por un suministro de 90 días. <i>(Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel)</i>
Nivel 5: Medicamentos especializados	<b>33% coseguro</b> por un suministro de 30 días	<b>33% coseguro</b> por un suministro de 30 días
	Un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") no está disponible para medicamentos en el nivel 5 de medicamentos especializados.	
Nivel 6: Medicamentos suplementarios	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*	<b>\$0 copago</b> por un suministro de 30 días <b>\$0 copago</b> por un suministro de 90 días*

\*Cualquier medicamento que se llene por primera vez está sujeto a un límite de suministro de 30 días.

Los medicamentos del Nivel 6 están cubiertos con **\$0 copago** durante todas las etapas de su beneficio.

Los servicios con un "1" pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un "2" pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

## VACUNAS

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.

## INSULINAS

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagarás más de **\$35** por un suministro de un mes (no más de \$70 por un suministro de dos meses y \$105 por un suministro de tres meses) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre.

### PERÍODO SIN COBERTURA

Una vez que el costo total anual de sus medicamentos (lo que usted paga más lo que paga el plan) alcance el monto de **\$5,030**, pasará al período sin cobertura.

- » Usted paga **\$0 copago** por todos los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 durante el período sin cobertura.
- » Usted paga solo el **25%** del costo y una parte del costo de suministro para los medicamentos de marca en los Niveles 3, 4 y 5.
- » Usted paga solo el **25%** del precio minorista negociado por el plan para medicamentos genéricos en los Niveles 3, 4 y 5.
- » Usted permanece en esta etapa hasta que alcance límite de lo que paga de su bolsillo de **\$8,000**. Cuando alcance el límite, pasará a la etapa de cobertura en situaciones catastrófica.

No pagarás más de **\$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre. Su costo puede ser menor si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información.

Los requisitos de coseguro de la Etapa del período sin cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

### COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS

Permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. **Usted no paga.**

### COBERTURA PARA MEDICAMENTOS SUPLEMENTARIOS Y VITAMINAS

Nuestro plan ofrece cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare bajo nuestro beneficio mejorado (Nivel 6 - Medicamentos suplementarios). Los medicamentos cubiertos incluyen:

- » Algunos medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de tos y resfrío, como benzonatate.
- » Algunas vitaminas recetadas, como el ergocalciferol (Vitamina D2) oral con un límite de cuatro (4)

## 2024 Resumen de Beneficios (continuación)

cápsulas por 28 días y la cianocobalamina (Vitamina B12) inyectable con un límite de 10mls al mes.

- » Algunos medicamentos para la disfunción eréctil, como el sildenafil (genérico para Viagra®) y tadalafil (genérico para Cialis®), con un límite de cuatro (4) tabletas al mes.

El formulario de su plan incluye información adicional sobre todos los medicamentos cubiertos bajo este beneficio.

### INFORMACIÓN ADICIONAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Si recibe "Ayuda Adicional", pagaría el menor costo entre: el costo compartido de su plan o el costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés). Consulte a su cláusula adicional LIS para conocer la cantidad específica que paga.

BENEFICIOS ADICIONALES	DrValue-B (HMO) H4140-011
Rehabilitación ambulatoria <sup>1,2</sup>	<p><b>\$25 copago</b> por cada visita de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca</li> <li>• Servicios de terapia ocupacional</li> </ul> <p><b>\$20 copago</b> por cada visita de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar</li> </ul> <p><b>\$0 copago</b> por cada visita de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)</li> </ul>
Servicios de podiatría	<p><b>\$0 copago:</b> por cuidado de los pies cubierto por Medicare.</p> <p><b>\$0 copago:</b> por servicio de cuidado rutinario de los pies, hasta <b>6</b> visitas al año.</p>
Diálisis renal <sup>1,2</sup>	<b>20% coseguro</b>
Beneficio adicional de telemedicina para los servicios de la Parte B <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b> por cada visita de telemedicina para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios Médicos de Atención Primaria</li> <li>• Visitas de Terapia Individual de atención de Salud Mental</li> <li>• Visitas de Terapia en Grupo de atención de Salud Mental</li> <li>• Servicios de Podiatría</li> <li>• Otros Servicios Profesionales de la Salud</li> <li>• Sesiones Individuales para Servicios Psiquiátricos</li> <li>• Sesiones en Grupo para Servicios Psiquiátricos</li> <li>• Servicios para el Programa de Tratamiento de Opioides</li> <li>• Sesiones Individuales para Abuso de Sustancias de pacientes ambulatorios</li> <li>• Sesiones en Grupo para Abuso de Sustancia de pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios Educativos para la Enfermedad Renal</li> <li>• Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes</li> </ul> <p><b>\$20 copago</b> por cada visita de telemedicina para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Médicos Especialistas</li> </ul> <p><b>\$25 copago</b> por cada visita de telemedicina para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Terapia Ocupacional</li> <li>• Servicios de Fisioterapia y Patología del Habla y el Lenguaje</li> </ul>

<b>EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS</b>	<b>DrValue-B (HMO) H4140-011</b>
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) <sup>1</sup>	<p><b>20% coseguro</b> por artículos cubiertos, incluyendo pero no limitado a sillas de ruedas eléctricas, sistemas de colchón motorizados, monitores continuos de glucosa (CGMs, por sus siglas en inglés) y otros dispositivos eléctricos.</p> <p><b>0% coseguro</b> por el costo total del equipo y los suministros de CPAP.</p> <p><b>0% coseguro</b> por todos los demás equipos médicos.</p> <p>La lista de marcas y fabricantes preferidos de equipos médicos duraderos (DME) se puede encontrar en su EOC y en línea en el sitio web <a href="http://www.doctorshcp.com/es/2024planes/">www.doctorshcp.com/es/2024planes/</a></p>
Dispositivos protésicos <sup>1</sup>	<p><b>20% coseguro</b> para aparatos ortopédicos/extremidades artificiales.</p> <p><b>0% coseguro</b> para todos los demás dispositivos prostéticos.</p>
Suministros diabéticos <sup>1</sup>	<p><b>0% coseguro</b> por glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control.</p> <p>Los suministros preferidos para diabéticos del Plan incluyen <b>productos Abbott: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, Freestyle® Precision Neo, Precision Xtra (no incluyen Freestyle® Libre).</b></p> <p><b>20% coseguro</b> por glucómetros, lancetas, tiras reactivas y otros suministros para diabéticos no preferidos. Se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas no preferidos.</p>
Zapatos terapéuticos o insertos; cubiertos por Medicare <sup>1</sup>	<b>20% coseguro</b>
<b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>	<b>DrValue-B (HMO) H4140-011</b>
Educación para la salud	Sesiones interactivas con un educador de salud certificado para los asociados que califiquen.
Beneficio de acondicionamiento físico	<b>\$0 copago:</b> Membresía y acceso a instalaciones de gimnasio, entrenamiento de envejecimiento saludable, guía de acondicionamiento físico en el hogar y materiales de educación física.
Beneficio de artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	<p><b>\$30 mensual</b></p> <p>Los montos de OTC no utilizados durante el mes, no se transfieren al siguiente mes. Visite <a href="http://www.cvs.com/otchs/doctorshcp">www.cvs.com/otchs/doctorshcp</a> para ver una lista de artículos de venta sin receta cubiertos por el plan.</p>
Atención quiropráctica	<p><b>\$0 copago</b> por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>\$0 copago</b> por atención quiropráctica rutinaria, hasta <b>12</b> visitas por año.</p>
Acupuntura <sup>1</sup>	<b>\$0 copago</b> por tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare.
Servicios de salud en el hogar <sup>1,2</sup>	<p><b>\$0 copago</b> por atención limitada de enfermería especializada y otros servicios de salud que recibe en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica según lo determine su médico y lo autorice el plan.</p>

Los servicios con un “1” pueden requerir una autorización previa del plan.

Los servicios con un “2” pueden requerir un referido de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).

# 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 도와드릴 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 स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपब्धि हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 833-342-7463 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो कहने की बोली है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त 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 Italiano 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。