



2025
Resumen de beneficios
CONDADO DE MIAMI-DADE

DrMax
(HMO) H4140-001

DrSelect
(HMO) H4140-012

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.

Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para asociados con enfermedades crónicas que presenten una de las siguientes condiciones: Diabetes mellitus, Trastornos cardiovasculares, Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, Insuficiencia cardíaca, condición pulmonar crónica. Esta no es una lista completa de las condiciones de calificación. Tener una condición calificada por sí sola no significa que recibirá los beneficios. Se aplican otros requisitos.

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. www.doctorshcp.com/es/2025planes/ 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

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se saca de su cheque del Seguro Social cada mes. Si tiene Medicaid, el estado puede pagar su prima de la Parte B.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ **DrPlus (HMO D-SNP) H4140-002 y DrFlex (HMO D-SNP) H4140-013:** 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.
- ☐ **DrExtraCare (HMO C-SNP) H4140-004:** Este plan es un plan de necesidades especiales de condiciones crónicas (C-SNP) para personas que viven con insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes mellitus. Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una condición crónica o incapacitante específica.
- ☐ **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.

2025 Resumen de beneficios

DrMax (HMO) H4140-001

DrSelect (HMO) H4140-012

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Doctors HealthCare Plans, Inc., desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. 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/2025planes/.

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 DrMax y DrSelect es el Condado de Miami-Dade.

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 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/2025listademedicamentos/, 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/2025proveedores/ 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?

Si usted está protegido por el Medicaid Florida, nuestros proveedores no pueden cobrar ni facturarle los servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, el coseguro y los copagos. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, es posible que usted sea responsable de un pequeño copago de Medicaid. Si está protegido por costos compartidos y se le factura o se le pide que pague al proveedor por deducibles, coseguros o copagos por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B, dígame a su proveedor que está protegido por costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si ya ha realizado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-833-342-7463, TTY-711. Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

¿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.

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

2025 Resumen de beneficios

| PRIMAS Y BENEFICIOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan | \$0: Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare | \$0: Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare |
| Deducible | Este plan no tiene un deducible para servicios médicos. | Este plan no tiene un deducible para servicios médicos. |
| Desembolso máximo (MOOP, por sus siglas en inglés) | \$3,000 por año: 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 100% 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. | \$3,000 por año: 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 100% 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. |

| SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención hospitalaria para pacientes internados ¹ | \$0 por admisión: Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estancia hospitalaria. | \$0 por admisión: Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estancia hospitalaria. |
| Hospital para pacientes ambulatorios | \$0 copago por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Visitas de terapia individual y grupo de atención de salud mental¹ Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje^{1,2} Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar¹ Procedimientos de diagnóstico y prueba Servicios básicos de radiología (rayos x)^{1,2} \$50 copago por cirugías en un hospital o instalación. ¹ \$50 copago por servicios de observación. ¹ | \$0 copago por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio² Visitas de terapia individual y grupo de atención de salud mental^{1,2} Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje^{1,2} Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar^{1,2} Procedimientos de diagnóstico y prueba² Servicios básicos de radiología (rayos x)^{1,2} \$75 copago por cirugía en un hospital. ^{1,2} \$75 copago por servicios de observación. ¹ |
| Cirugía ambulatoria – centro quirúrgico ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) | \$25 copago¹ | \$25 copago^{1,2} |

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 | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) | \$0 copago por visitas al médico de atención primaria. Debe seleccionar un PCP de la red. | \$0 copago por visitas al médico de atención primaria. Debe seleccionar un PCP de la red. |
| Especialista | \$0 copago por visitas a especialistas. ¹ No se requiere un referido para visitas a especialistas. | \$0 copago por visitas a especialistas. ^{1,2} Se requiere un referido para visitas a especialistas. |
| Servicios preventivos | \$0 copago por los siguientes servicios preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Detección y Asesoramiento sobre el Abuso de Alcohol • Visita Anual de Bienestar • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco • Vacuna y administración de COVID-19 • Detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Vacuna contra la gripe y administración • Detección de glaucoma • Pruebas de detección de hepatitis B • Vacuna y administración de la hepatitis B • Pruebas de detección de hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • IBT para enfermedades cardiovasculares • IBT para la obesidad • Examen físico preventivo inicial • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografía de detección • Terapia de Nutrición Médica • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare • Vacuna antineumocócica y administración • Servicios Preventivos Prolongados • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Prueba de Papanicolaou de detección | \$0 copago por los siguientes servicios preventivos: <ul style="list-style-type: none"> • Detección y Asesoramiento sobre el Abuso de Alcohol • Visita Anual de Bienestar • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares • Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco • Vacuna y administración de COVID-19 • Detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Vacuna contra la gripe y administración • Detección de glaucoma • Pruebas de detección de hepatitis B • Vacuna y administración de la hepatitis B • Pruebas de detección de hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • IBT para enfermedades cardiovasculares • IBT para la obesidad • Examen físico preventivo inicial • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografía de detección • Terapia de Nutrición Médica • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare • Vacuna antineumocócica y administración • Servicios Preventivos Prolongados • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Prueba de Papanicolaou de detección |

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).

2025 Resumen de beneficios *(continuación)*

| SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios preventivos (Continuación) | <ul style="list-style-type: none"> Examen pélvico de detección Detección de ITS y HIBC para prevenir las ITS Ecografía AAA <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 100% del costo de las evaluaciones de atención preventiva.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Examen pélvico de detección Detección de ITS y HIBC para prevenir las ITS Ecografía AAA <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 100% del costo de las evaluaciones de atención preventiva.</p> |
| Atención de emergencia | \$75 copago: Usted no paga el copago de atención de emergencia si ingresa en el hospital dentro de 24 horas. | \$75 copago: Usted no paga el copago de atención de emergencia si ingresa en el hospital dentro de 24 horas. |
| Atención de urgencias | \$0 copago | \$0 copago |
| Servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los EE.UU. | <p>\$125 copago por servicios de emergencia fuera de los EE.UU.</p> <p>\$25 copago por servicios de atención de urgencia fuera de los EE.UU.</p> <p>Este plan puede cubrir atención de emergencia, atención de urgencia y transporte hasta un límite de \$50,000.</p> <p>El plan le reembolsará nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare. Si el costo del servicio es más de \$50,000, tendrá que pagar la diferencia.</p> | <p>\$125 copago por servicios de emergencia fuera de los EE.UU.</p> <p>\$25 copago por servicios de atención de urgencia fuera de los EE.UU.</p> <p>Este plan puede cubrir atención de emergencia, atención de urgencia y transporte hasta un límite de \$50,000.</p> <p>El plan le reembolsará nuestra parte del costo hasta el cargo permitido por Medicare. Si el costo del servicio es más de \$50,000, 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).

| SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios diagnósticos | <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago en la consulta con su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta con un especialista • \$0 copago en un hospital como servicio ambulatorio <p>Radiología básica (rayos X):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago en la consulta con su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta con un especialista^{1,2} • \$0 copago en un centro de radiología independiente^{1,2} • \$0 copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio^{1,2} <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"> • \$0 copago en el consultorio de su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta de un especialista^{1,2} • \$0 copago en un centro de radiología independiente^{1,2} • \$75 copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio^{1,2} <p>Servicios de radiología terapéutica (radioterapia):^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$75 copago <p>Servicios de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago | <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago en la consulta con su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta con un especialista² • \$0 copago en un hospital como servicio ambulatorio² <p>Radiología básica (rayos X):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago en la consulta con su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta con un especialista^{1,2} • \$0 copago en un centro de radiología independiente^{1,2} • \$0 copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio^{1,2} <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"> • \$0 copago en el consultorio de su médico de atención primaria • \$0 copago en la consulta de un especialista^{1,2} • \$0 copago en un centro de radiología independiente^{1,2} • \$75 copago en un centro hospitalario como paciente ambulatorio^{1,2} <p>Servicios de radiología terapéutica (radioterapia):^{1,2}</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$75 copago <p>Servicios de laboratorio:²</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago |
| Servicios de audición | <p>\$0 copago por examen de audición de rutina.</p> <p>\$0 copago por un ajuste/evaluación de audífonos cada dos años.</p> <p>Asignación de hasta \$1,350 para audífonos cada 2 años calendarios.</p> | <p>\$0 copago por examen de audición de rutina.</p> <p>\$0 copago por un ajuste/evaluación de audífonos cada dos años.</p> <p>Asignación de hasta \$1,350 para audífonos cada 2 años calendarios.</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).

2025 Resumen de beneficios *(continuación)*

| SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios dentales – Preventivo | <p>\$0 copago por los siguientes servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámen oral, hasta 2 por año calendario • Limpieza(s) profiláctica(s), hasta 2 por año calendario • Fluoruro, hasta 2 por año calendario • Radiografía de aletas de mordida, hasta 2 juegos por año calendario • Radiografía panorámica, hasta 1 por 3 años calendarios | <p>\$0 copago por los siguientes servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámen oral, hasta 2 por año calendario • Limpieza(s) profiláctica(s), hasta 2 por año calendario • Fluoruro, hasta 2 por año calendario • Radiografía de aletas de mordida, hasta 2 juegos por año calendario • Radiografía panorámica, hasta 1 por 3 años calendarios |
| Servicios dentales – Comprensivo ¹ | <p>\$0 copago por los siguientes servicios dentales comprensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes (amalgama o resina), hasta 6 por año calendario • Extracciones, hasta 4 por año calendario • Tratamiento de endodoncia, hasta 1 por año calendario • Coronas, hasta 2 por año calendario • Implantes, hasta 2 por año calendario • Limpieza de sarro y cepillado de raíz (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 2 años calendarios • Dentaduras postizas, hasta 1 dentadura postiza superior completa y 1 inferior completa cada 5 años calendarios o 1 dentadura postiza parcial superior y 1 parcial inferior cada 5 años calendarios <p>Debe visitar a un proveedor participante de la red dental para recibir beneficios dentales. Consulte el sitio web www.doctorshcp.com/es/2025proveedores/ para ver los proveedores dentales participantes.</p> | <p>\$0 copago por los siguientes servicios dentales comprensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes (amalgama o resina), hasta 2 por año calendario • Extracciones, hasta 4 por año calendario • Tratamiento de endodoncia, hasta 1 por año calendario • Corona, hasta 1 por año calendario • Implante, hasta 1 por año calendario • Limpieza de sarro y cepillado de raíz (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 2 años calendarios • Dentaduras postizas, hasta 1 dentadura postiza superior completa y 1 inferior completa cada 5 años calendarios o 1 dentadura postiza parcial superior y 1 parcial inferior cada 5 años calendarios <p>Debe visitar a un proveedor participante de la red dental para recibir beneficios dentales. Consulte el sitio web www.doctorshcp.com/es/2025proveedores/ para ver los proveedores dentales participantes.</p> |
| Servicios de visión | <p>\$0 copago por exámenes de la vista</p> <p>Asignación de hasta \$400 para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>o</p> <p>Hasta 3 pares de anteojos sin costo de la colección iCare Grand Lux por año calendario.</p> | <p>\$0 copago por exámenes de la vista</p> <p>Asignación de hasta \$400 para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>o</p> <p>Hasta 3 pares de anteojos sin costo de la colección iCare Grand Lux por año calendario.</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).

| SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de atención de salud mental — para pacientes hospitalizados ¹ | \$0 copago por estadía: Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados en 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. | \$0 copago por estadía: Nuestro plan tiene un límite de por vida de 190 días para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados en 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 | \$0 copago: Grupo ¹ \$0 copago: Individual ¹ Incluye tratamientos ambulatorios para enfermedades mentales y abuso de sustancias controladas. | \$0 copago: Grupo ^{1,2} \$0 copago: Individual ^{1,2} Incluye tratamientos ambulatorios para enfermedades mentales y abuso de sustancias controladas. |

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).

2025 Resumen de beneficios *(continuación)*

PARTE D COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA DrMax & DrSelect

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible | Estos planes no tienen deducible. | |
| Fase de cobertura inicial | DrMax (HMO) & DrSelect (HMO): Usted paga lo siguiente hasta alcanzar su límite máximo de desembolso anual (OOP) de \$2,000 para medicamentos de la Parte D. | |
| NIVEL | COSTO COMPARTIDO DE VENTA AL POR MAYOR | COSTO COMPARTIDO DE PEDIDO POR CORREO |
| Nivel 1: Genéricos preferidos | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. |
| Nivel 2: Genéricos | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | \$55 copago por un suministro de 30 días. \$165 copago por un suministro de 90 días. <i>(Usted paga no más de \$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</i> | \$55 copago por un suministro de 30 días. \$165 copago por un suministro de 90 días. <i>(Usted paga no más de \$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</i> |
| Nivel 5: Medicamentos especializados | 33% coseguro por un suministro de 30 días. <i>(Usted paga no más de \$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</i> | 33% coseguro por un suministro de 30 días. <i>(Usted paga no más de \$35 por mes por el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.)</i> |
| Nivel 6: Medicamentos suplementarios | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. | \$0 copago por un suministro de 30 días. \$0 copago por un suministro de 90 días. |

Un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) está disponible para todos los medicamentos en el Nivel 6 y ciertos medicamentos en los Niveles 1-4. Los medicamentos en los niveles 1-4 que no están disponibles para el suministro a largo plazo se indican con “NDS” en el formulario. No hay un suministro a largo plazo disponible para ningún medicamento en el Nivel 5 Nivel de especialidad.

Los medicamentos del Nivel 1, 2 y 6 están cubiertos con **\$0 copago** durante todas las etapas de su beneficio.

Algunos medicamentos se pueden surtir para un suministro de hasta 100 días. Estos se indicarán en el formulario con el símbolo “100 DS”.

Los medicamentos que no están en el Formulario y que se aprueban a través del proceso de Excepción al Formulario estarán sujetos al coseguro del Nivel 5-Nivel de Especialidad.

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 pagará 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.

COBERTURA EN SITUACIONES CATASTRÓFICAS PARA DrMax y DrSelect

Una vez que se alcanza su umbral anual de gastos de bolsillo (OOP) de \$2,000, ingresa a la Fase Catastrófica. 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 PARA DrMax y DrSelect

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 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 PARA DrMax y DrSelect

Si recibe "Ayuda Adicional," pagará 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.

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).

2025 Resumen de beneficios (continuación)

| CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medicamentos de la Parte B ¹ | <p>0% coseguro por los medicamentos nebulizados selectos. Esto incluye: Albuterol Sulfate, Budesonide, Cromolyn Sodium, Ipratropium Bromide, Ipratropium-Albuterol y Levalbuterol HCL.</p> <p>0%-20% coseguro por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia/de radiación • Medicamentos de la Parte B • Insulinas de la Parte B (no excede \$35 mensual) <p>\$0 copago por la administración de los medicamentos de la Parte B.</p> | <p>0% coseguro por los medicamentos nebulizados selectos. Esto incluye: Albuterol Sulfate, Budesonide, Cromolyn Sodium, Ipratropium Bromide, Ipratropium-Albuterol y Levalbuterol HCL.</p> <p>0%-20% coseguro por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia/de radiación • Medicamentos de la Parte B • Insulinas de la Parte B (no excede \$35 mensual) <p>\$0 copago por la administración de los medicamentos de la Parte B.</p> |
| Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) ¹ | <p>\$0 copago del día 1 al 20. \$60 copago 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.</p> | <p>\$0 copago del día 1 al 20. \$60 copago 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.</p> |
| Fisioterapia ^{1,2} | \$0 copago | \$0 copago |
| Ambulancia | <p>\$125 copago por cada viaje de servicios de ambulancia terrestre de emergencia. 20% coseguro por cada viaje de servicios de ambulancia aérea de emergencia.</p> | <p>\$125 copago por cada viaje de servicios de ambulancia terrestre de emergencia. 20% coseguro por cada viaje de servicios de ambulancia aérea de emergencia.</p> |
| Transporte | <p>\$0 copago para viajes ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan por año calendario. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita.</p> | <p>\$0 copago para viajes ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan por año calendario. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita.</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).

| CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rehabilitación ambulatoria | \$0 copago por cada visita de: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca¹ • Servicios de rehabilitación pulmonar¹ • Servicios de terapia ocupacional^{1,2} • Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)¹ | \$0 copago por cada visita de: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca^{1,2} • Servicios de rehabilitación pulmonar^{1,2} • Servicios de terapia ocupacional^{1,2} • Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés)^{1,2} |
| Servicios de podiatría | \$0 copago por cuidado de los pies cubierto por Medicare. \$0 copago por servicio de cuidado rutinario de los pies, hasta 6 visitas al año. | \$0 copago por cuidado de los pies cubierto por Medicare. \$0 copago por servicio de cuidado rutinario de los pies, hasta 6 visitas al año. |
| Diálisis renal ^{1,2} | 20% coseguro | 20% coseguro |
| Servicios de telemedicina | \$0 copago por cada visita de telemedicina para: ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Médicos de Atención Primaria • Servicios de Terapia Ocupacional • Servicios de Médicos Especialistas • Visitas de Terapia Individual de atención de Salud Mental • Visitas de Terapia en Grupo de atención de Salud Mental • Servicios de Podiatría • Otros Servicios Profesionales de la Salud • Sesiones Individuales para Servicios Psiquiátricos • Sesiones en Grupo para Servicios Psiquiátricos • Servicios de Fisioterapia y Patología del Habla y el Lenguaje • Servicios para el Programa de Tratamiento de Opioides • Sesiones Individuales para Abuso de Sustancias de pacientes ambulatorios • Sesiones en Grupo para Abuso de Sustancia de pacientes ambulatorios • Servicios Educativos para la Enfermedad Renal • Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes | \$0 copago por cada visita de telemedicina para: ^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Médicos de Atención Primaria • Servicios de Terapia Ocupacional • Servicios de Médicos Especialistas • Visitas de Terapia Individual de atención de Salud Mental • Visitas de Terapia en Grupo de atención de Salud Mental • Servicios de Podiatría • Otros Servicios Profesionales de la Salud • Sesiones Individuales para Servicios Psiquiátricos • Sesiones en Grupo para Servicios Psiquiátricos • Servicios de Fisioterapia y Patología del Habla y el Lenguaje • Servicios para el Programa de Tratamiento de Opioides • Sesiones Individuales para Abuso de Sustancias de pacientes ambulatorios • Sesiones en Grupo para Abuso de Sustancia de pacientes ambulatorios • Servicios Educativos para la Enfermedad Renal • Capacitación para el Autocontrol de la Diabetes |

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).

2025 Resumen de beneficios (continuación)

| EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) ¹ | <p>20% coseguro por artículos cubiertos, incluyendo pero no limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas eléctricas • Sistemas de colchón motorizados • Monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) no preferidos • Y otros dispositivos eléctricos <p>0% coseguro por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros de CPAP • Monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) preferidos. Los CBGM's preferidos del plan incluyen Freestyle®Libre, Dexcom G6 y Dexcom G7. • Todos los demás equipos médicos <p>Se requiere autorización previa para monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) no preferidos.</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 www.doctorshcp.com/es/2025planes/.</p> | <p>20% coseguro por artículos cubiertos, incluyendo pero no limitado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas eléctricas • Sistemas de colchón motorizados • Monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) no preferidos • Y otros dispositivos eléctricos <p>0% coseguro por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros de CPAP • Monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) preferidos. Los CBGM's preferidos del plan incluyen Freestyle®Libre, Dexcom G6 y Dexcom G7. • Todos los demás equipos médicos <p>Se requiere autorización previa para monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs, por sus siglas en inglés) no preferidos.</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 www.doctorshcp.com/es/2025planes/.</p> |
| Dispositivos protésicos ¹ | <p>20% coseguro para aparatos ortopédicos/extremidades artificiales.</p> <p>0% coseguro para todos los demás dispositivos prostéticos.</p> | <p>20% coseguro para aparatos ortopédicos/extremidades artificiales.</p> <p>0% coseguro para todos los demás dispositivos prostéticos.</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).

| EQUIPOS Y SUMINISTROS MÉDICOS | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suministros diabéticos ¹ | <p>0% coseguro por glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control.</p> <p>Los suministros preferidos para diabéticos del Plan incluyen productos Abbott: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, Precision Xtra y productos Trividia: True Metrix.</p> <p>20% coseguro por glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones de control. Solo se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas no preferidos.</p> | <p>0% coseguro por glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lanceta y soluciones de control.</p> <p>Los suministros preferidos para diabéticos del Plan incluyen productos Abbott: FreeStyle® Lite, FreeStyle® Freedom Lite, Precision Xtra y productos Trividia: True Metrix.</p> <p>20% coseguro por glucómetros, tiras reactivas, lancetas, dispositivos de lancetas y soluciones de control. Solo se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas no preferidos.</p> |
| Zapatos terapéuticos o insertos; cubiertos por Medicare ¹ | 0% coseguro | 0% coseguro |

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).

2025 Resumen de beneficios (continuación)

| PROGRAMAS DE BIENESTAR | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarjeta prepagada* | No esta cubierto. | <p>\$122 mensual en una tarjeta prepagada para comprar mercado y artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) en ubicaciones aprobadas por el plan. El monto mensual no se transfiere al mes siguiente; estará disponible al principio del mes.</p> <p>La tarjeta prepagada solo está disponible para asociados con ciertas afecciones crónicas de salud. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> (EOC) para obtener más detalles.</p> <p>*Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para asociados con enfermedades crónicas que presenten una de las siguientes condiciones: Diabetes mellitus, Trastornos cardiovasculares, Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, Insuficiencia cardíaca, condición pulmonar crónica. Esta no es una lista completa de las condiciones de calificación. Tener una condición calificada por sí sola no significa que recibirá los beneficios. Se aplican otros requisitos.</p> |
| Educación para la salud | Sesiones interactivas con un educador de salud certificado para los asociados que califiquen. | Sesiones interactivas con un educador de salud certificado para los asociados que califiquen. |
| Beneficio de acondicionamiento físico | \$0 copago: Membresía y acceso a instalaciones de gimnasio, entrenamiento de envejecimiento saludable, guía de acondicionamiento físico en el hogar y materiales de educación física. | \$0 copago: 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 comidas ^{1,2} | \$0 copago por hasta 16 comidas por año calendario después de una estadía hospitalaria. | \$0 copago por hasta 16 comidas por año calendario después de una estadía hospitalaria. |
| Beneficio de artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) | <p>\$75 mensual</p> <p>Los montos de OTC no utilizados durante el mes, no se transfieren al siguiente mes. Visite www.cvs.com/otchs/doctorshcp para ver una lista de artículos de venta sin receta cubiertos por el plan.</p> | <p>Por favor, consulte su beneficio llamado "Tarjeta prepagada."</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).

| PROGRAMAS DE BIENESTAR | DrMax (HMO) H4140-001 | DrSelect (HMO) H4140-012 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención quiropráctica | \$0 copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. \$0 copago por atención quiropráctica rutinaria, hasta 12 visitas por año. | \$0 copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. \$0 copago por atención quiropráctica rutinaria, hasta 12 visitas por año. |
| Acupuntura | \$0 copago por tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare. \$0 copago por tratamientos de acupuntura suplementarios, hasta 20 tratamientos por año. ¹ | \$0 copago por tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare. \$0 copago por tratamientos de acupuntura suplementarios, hasta 20 tratamientos por año. ^{1,2} |
| Servicios de salud en el hogar | \$0 copago por atención limitada de enfermería especializada y otros servicios de salud que recibe en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. ¹ El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica según lo determine su médico y lo autorice el plan. | \$0 copago por atención limitada de enfermería especializada y otros servicios de salud que recibe en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. ^{1,2} El número de visitas cubiertas se basa en la necesidad médica según lo determine su médico y lo autorice el plan. |

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).

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).

Aviso informando a individuos sobre los requisitos de No Discriminación y Accesibilidad.

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Doctors HealthCare Plans, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

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

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja con:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/ Derechos Civiles
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI
Coral Gables, FL 33134
Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)
Fax: 786-578-0293,
Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

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

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

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 Arzneimittelpplan. 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 कएि हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपब्धि हैं। एक दुभाकिया प्रारप्त करने के कएि, बस हमें 833-342-7463 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति कहन्दी बोता है आपको 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 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。