



DOCTORS
HEALTHCARE PLANS, INC.

RESUMEN DE BENEFICIOS

2026 | SUR DE LA FLORIDA

DrExtraCare
(HMO C-SNP) H4140-004

Lista de verificación previa a la afiliación

Antes de tomar la decisión de afiliarse, es importante que entienda completamente nuestras reglas y beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Departamento de Servicios al Asociado (786) 460-3427 o sin cargo llamando al (833) 342-7463 (los usuarios TTY pueden llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de afiliarse. Para obtener una copia del EOC visite el sitio web <https://www.doctorshcp.com/es/2026planes/> o llame al (786) 460-3427 o sin cargo al (833) 342-7463 (los usuarios TTY pueden llamar al 711) para consultar una copia del EOC.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que actualmente consulta pertenecen a la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ☐ Consulte el directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia donde solicita sus medicamentos recetados esté incluida en la red de cobertura. Si la farmacia no está incluida en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Consulte el formulario o la "Lista de medicamentos" para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Normas importantes

- ☐ **DrExtraCare (HMO C-SNP)** es un plan de necesidades especiales de condiciones crónicas (C-SNP), para personas que viven con . Su capacidad para inscribirse estará sujeta a la verificación sobre si padece una condición crónica grave o incapacitante específica.
- ☐ **Alcance de la cobertura actual.** Si está afiliado a un plan de Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience una nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Por favor, póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, quizá le convenga renunciar a su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede utilizar.
- ☐ Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima se deduce normalmente de su cheque de Seguro Social cada mes.
- ☐ Las prestaciones, primas, copagos y coseguros podrán cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Salvo en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

1

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “**Evidencia de cobertura**”. También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, <https://www.doctorshcp.com/es/2026planes/>.

Usted tiene opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Para obtener información sobre la cobertura y el costo de Medicare Original, consulte su manual actual “**Medicare & You**”. Puede solicitar un manual, buscar y comparar planes de salud en línea en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY puede llamar al 1-877-486-2048. Horarios de atención: 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios ofrece un resumen de lo que **DrExtraCare (HMO C-SNP)** cubre y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los demás planes sus folletos de Resumen de Beneficios. También puede usar el buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos del Medicare Original, consulte su manual actual “**Medicare & You**”. Consulte en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Información incluida en este folleto

- Aspectos que hay que saber sobre **DrExtraCare (HMO C-SNP)**.
- Prima mensual, deducible y límites del monto que usted paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y cobertura hospitalaria.
- Beneficios para medicamentos con receta.

Aspectos que hay que saber sobre DrExtraCare (HMO C-SNP)

Horario de atención e información de contacto

- 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Si usted es asociado de este plan, llámenos sin costo al (833) 342-7463, los usuarios TTY pueden llamar al 711.
- Si no es asociado de este plan, llame sin costo al (833) 639-3427, los usuarios TTY pueden llamar al 711.

- Nuestro sitio web: <https://www.doctorshcp.com/es/2026planes/>.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a DrExtraCare (HMO C-SNP) debe tener derecho a recibir beneficios de la Parte A de Medicare, estar afiliado a la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de atención y tener Diabetes Mellitus, Chronic Heart Failure, and/o Cardiovascular Disorders.

El área de cobertura para este plan son los condados de Miami-Dade.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puede usar?

Doctors HealthCare Plans, Inc., ofrece una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Dependiendo de su plan, es posible que necesite un referido para realizar una consulta con un médico especialista. Salvo los servicios de emergencia, urgencia y preventivos, algunos servicios requieren autorización previa y/o un referido.

Para obtener información detallada sobre los servicios cubiertos, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC).

Generalmente debe utilizar las farmacias de la red para completar sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<https://www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/>).

Puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de los proveedores y de las farmacias.

¿Tiene Medicare y Medicaid?

Si usted tiene cobertura de costo compartido de Medicaid Florida, nuestros proveedores no tienen derecho a cobrar o facturarle por los servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, el coseguro y el copago. Si un proveedor le exige que pague, eso es ilegal. Sin embargo, es posible que tenga que pagar un pequeño copago de Medicaid. Si usted tiene cobertura de costo compartido y se le factura o se le exige que pague al proveedor por deducibles, coseguro o copagos por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, informe a su proveedor que está protegido por el costo compartido y que no se le puede cobrar. Si ya ha realizado un pago, tendrá derecho a un reembolso. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número gratuito (833) 342-7463, los usuarios TTY pueden llamar al 711. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Se requiere autorización previa o referido?

Para ciertos procedimientos, servicios y medicamentos es posible que necesite una aprobación previa. Tenga en cuenta que los servicios que requieren una autorización previa y/o un referido se indican en las descripciones de los beneficios enumeradas en este folleto. Para obtener más información, puede consultar su *Evidencia de cobertura*.

Su médico primario (PCP) cooperará con usted para coordinar la atención que necesite con especialistas u otros proveedores de la red. Esto se denomina «referido». Es posible que ciertos procedimientos, servicios y medicamentos requieran la aprobación previa de este plan. Esto se denomina «autorización previa». Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o autorización previa del plan, comuníquese con su médico primario, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) o llámenos.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y *más*. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, www.doctorshcp.com/es/2026listademedicamentos/.
- Llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Con solo unos pasos sencillos, puede averiguar cuánto le costarán los medicamentos cubiertos. Nuestro plan agrupa los medicamentos en 6 niveles. El monto que pague por cada medicamento dependerá de el nivel en la que se encuentre su medicamento. Para determinar el nivel, deberá utilizar su formulario. Luego, vaya a la sección "Resumen de beneficios de medicamentos recetados" y compare su medicamento con el nivel para determinar el costo.

En términos generales, los asociados deben usar una farmacia de nuestra red. Podrá obtener los medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a nuestro plan solo cuando no pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia que pertenezca a nuestro plan.

Para encontrar una farmacia en nuestro plan, consulte nuestro "Directorio de proveedores" en línea en nuestro sitio web en www.doctorshcp.com/es/2026proveedores/ o llámenos para obtener una copia.

2

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DEL MONTO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Primas y beneficios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
Prima del plan mensual	\$0: debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: no aplica. Deducible por medicamentos recetados: no aplica.
Gastos máximos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Su límite anual en este plan: • \$3,400 para los servicios que recibe de los proveedores de la red. Este es el monto máximo que pagará durante el año del plan por los servicios médicos autorizados dentro de la red de nuestro plan. Si alcanza el límite del monto que paga de su bolsillo, usted seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
Cobertura hospitalaria para pacientes internos	\$0 por ingreso Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Cobertura hospitalaria ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> Observación hospitalaria para pacientes externos: \$0 de copago Cirugía hospitalaria para pacientes externos: \$50 de copago Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	<u>Dentro de la red:</u> Centro quirúrgico ambulatorio: \$25 de copago Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Consultas médicas (Médicos primarios y especialistas)	<u>Dentro de la red:</u> Consulta al médico primario: \$0 de copago Consulta con un médico especialista: \$0 de copago Para consultas con médicos especialistas, se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Cuidado preventivo	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare. Algunos de estos servicios incluyen: • Consultas médica anuales de bienestar • Mediciones de la masa ósea • Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías) • Exámenes cardiovasculares • Prueba de detección del cáncer cervical y vaginal • Prueba de detección del cáncer colorrectal • Prueba de detección de diabetes

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
	• Prueba de detección del virus de la hepatitis B • Prueba de detección del cáncer de próstata (PSA) • Vacunas (incluidas las vacunas contra la gripe, la hepatitis B, el neumococo y el COVID) Para obtener una lista completa de los servicios preventivos cubiertos, consulte su Evidencia de cobertura (EOC). Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato.
Atención de emergencia	Cuidado de emergencia: \$100 de copago por consulta. Si usted es admitido en un hospital dentro de 24 Horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencias en todo el mundo: \$125 de copago Los beneficios para la atención de emergencia y la atención de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un monto máximo combinado de \$25,000 por año calendario.
Servicios de urgencia	Servicios de urgencia: \$0 de copago por consulta. Cobertura de urgencias en todo el mundo: \$25 de copago Los beneficios para la atención de emergencia y la atención de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un monto máximo combinado de \$25,000 por año calendario.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imagen	<u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de laboratorio: \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía Axial Computarizada (TAC)): \$0 de copago en un consultorio médico o centro independiente - \$75 de copago en un centro hospitalario para pacientes externos. Radiografías: \$0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como el tratamiento con radiación para el cáncer): 20% del costo total Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
Servicios auditivos	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para un examen auditivo de rutina. \$0 de copago para el ajuste/evaluación de los audífonos cada 2 años calendario. Hasta \$1,350 de asignación para audífonos cada 2 años calendario.
Servicios odontológicos	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para los siguientes servicios dentales preventivos: • Examen bucal, hasta 2 por año calendario. • Profilaxis (limpiezas), hasta 2 por año calendario. • Fluoruro, hasta 2 por año calendario. • Radiografías de aleta de mordida, hasta 2 por año calendario. • Radiografía panorámica, hasta 1 cada 3 años calendarios. \$0 de copago para los siguientes servicios dentales complementarios: • Empastes (amalgama o resina), hasta 4 por año calendario. • Coronas, hasta 3 por año calendario. • Extracciones, hasta 4 por año calendario. • Tratamiento de endodoncia, hasta 1 por año calendario. • Implantes, hasta 1 por año calendario. • Raspado y alisado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuatrimestre cada 2 años calendario. • Puente, hasta 1 por 3 años calendario. • Dentaduras, hasta 1 dentadura superior completa y 1 dentadura inferior completa cada 5 años o 1 dentadura superior parcial y 1 dentadura inferior parcial cada 5 años calendario. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Servicios de visión	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para exámenes oculares. Hasta \$350 de asignación para anteojos y/o lentes de contacto por año calendario o hasta 2 pares de anteojos de una colección seleccionada sin costo por año calendario.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
Servicios de salud mental	<u>Dentro de la red:</u> Sesión de terapia grupal para pacientes externos: \$0 de copago Sesión de terapia individual: \$0 de copago Cuidado de la salud mental para pacientes ingresados: \$0 de copago por estadía Se requiere una autorización previa del plan (PA)

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)			
Deducible	Deducible por medicamentos recetados: no aplica.			
Cobertura inicial	Usted permanece en la etapa inicial de cobertura hasta que los pagos totales de su bolsillo alcancen \$2,100 . Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.			
	Costos compartidos en farmacias minoristas			
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
	Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2: Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)			
	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$55 de copago*	\$110 de copago*	\$165 de copago*
	Nivel 5: Medicamentos Especializados	33% coseguro*	No aplica*	No aplica*
	Nivel 6: Medicamentos Suplementarios	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costos compartidos para órdenes por correo			
	Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
	Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 2: Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 3: Medicamentos de Marca Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$55 de copago*	\$110 de copago*	\$165 de copago*
	Nivel 5: Medicamentos Especializados	33% coseguro*	No aplica*	No aplica*
	Nivel 6: Medicamentos Suplementarios	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Se dispone de un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") para todos los medicamentos en el Nivel 6 y para ciertos medicamentos de en los Niveles 1 al 4. Los medicamentos de en los Niveles 1 al 4 que no están disponibles			

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios y servicios	DrExtraCare (HMO C-SNP)
	para su suministro a largo plazo se indican en el formulario con la sigla "NDS". No hay suministro a largo plazo disponible para ningún medicamento del Nivel 5 – Medicamentos especializados. Algunos medicamentos se pueden dispensar para un suministro de hasta 100 días. Estos se anotarán en el formulario con un símbolo "100 DS". Los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante el proceso de excepción al formulario estarán sujetos al coseguro del Nivel 5 – Medicamentos especializados. VACUNAS Mensaje importante sobre el monto que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Departamento de Servicios al Asociado para obtener más información. *INSULINA Su participación en los costos para un suministro de hasta un mes de un producto de insulina cubierto no excederá el menor de los siguientes costos*: (1) \$35; (2) 25% del precio negociado por Medicare (para "medicamentos seleccionados"); (3) 25% del precio negociado por el plan * o su nivel de copago/coseguro, si es inferior Por favor, llámenos o consulte la “Evidencia de cobertura” en nuestro sitio web (www.doctorshcp.com/es/2026planes/) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.
Cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus pagos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos alcancen \$2,100 , no pagará nada.

Beneficios y servicios adicionales	DrExtraCare (HMO C-SNP)
Medicamentos de la Parte B	0% del costo total para determinados medicamentos de nebulización. Entre ellos se incluyen: Albuterol Sulfate, Budesonide, Cromolyn Sodium, Ipratropium Bromide, Ipratropium-Albuterol y Levalbuterol HCL 0% - 20% del costo total para: • Medicamentos de quimioterapia y radiación • Otros medicamentos de la parte B • Insulina de la Parte B (No pagará más de \$35 al mes) \$0 de copago para la administración de medicamentos de la Parte B. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago por día desde el 1 hasta el 20. \$60 de copago por día desde el 21 hasta el 100. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no ha recibido ningún cuidado hospitalario o atención especializada en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Terapia física y otros servicios de rehabilitación	\$0 de copago por consulta para los siguientes servicios: • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de terapia física • Servicios de rehabilitación pulmonar • Servicios de terapia del habla • Servicios de terapia de ejercicio supervisada (SET) Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Ambulancia	Ambulancia terrestre: \$100 de copago Ambulancia aérea: 20% del costo total

Transporte	\$0 de copago para ilimitados viajes a destinos aprobados por el plan por año calendario. Debe llamar a nuestro proveedor de transporte contratado para programar una cita.
Servicios de podiatría	\$0 de copago por el cuidado de pies cubierto por Medicare. \$0 de copago por el cuidado de pies de rutina, hasta 6 consultas al año.
Diálisis renal	20% del costo total Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Servicios de telesalud	\$0 de copago por consulta de telesalud para: • Servicios de médicos primarios • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médicos especialistas • Sesiones individuales para la especialidad de salud mental • Sesiones de grupo para la especialidad de salud mental • Servicios de podología • Otros servicios profesionales de la salud • Sesiones individuales para servicios psiquiátricos • Sesiones de grupo para servicios psiquiátricos • Servicios de fisioterapia y de patología del habla y el lenguaje • Servicios del programa de tratamiento para opioides • Sesiones individuales para pacientes ambulatorios con abuso de sustancias • Sesiones grupales para pacientes ambulatorios con abuso de sustancias • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Formación para el autocontrol de la diabetes Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Equipos Médicos Duraderos (EMP)	0% del costo total para los artículos cubiertos, incluido, pero no limitado a: • Máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP); • Monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs) preferidos. Los monitores continuos de glucosa en sangre (CBGMs) preferidos del plan incluyen: Freestyle Libre, Freestyle Libre 2 Plus, Freestyle Libre 3, Freestyle Libre 3 Plus, Dexcom G6 y Dexcom G7. No se requiere autorización previa cuando se tiene un historial de prescripciones de insulina en los últimos 120 días. • Y todo el resto del equipo médico. 20% del costo total para los artículos cubiertos, incluyendo entre otros: • sillas de ruedas eléctricas • sistemas de colchones eléctricos • monitores continuos de glucosa en sangre (CBGM) no preferidos • otros dispositivos eléctricos

	Los monitores continuos de glucosa en sangre (CBGM) no preferidos requerirán autorización previa y una prueba con un medidor de glucosa en sangre preferido. La lista de los proveedores y fabricantes preferidos de equipos médicos duraderos (DME) se puede encontrar en su Evidencia de cobertura (EOC) y en el sitio web www.doctorshcp.com/es/2026planes/. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Prótesis	0% del costo total para todos los demás dispositivos de prótesis. 20% del costo total para aparatos ortopédicos y prótesis. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Suministros para diabéticos	0% del costo total para suministros preferidos para diabéticos (glucómetros, tiras de prueba, lancetas, dispositivos para lancetas y soluciones de control). Los suministros preferidos para diabéticos incluyen: Productos Abbott: FreeStyle, FreeStyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Freestyle Insulinx, Freestyle Precision Neo, Precision Xtra y Productos Trividia/Nipro: True Metrix, Relion True Metrix, True Metrix Air. 20% del costo total para glucómetros y tiras reactivas no preferidas. Para ello se requerirá una autorización previa. 20% del costo total para lancetas no preferidas, dispositivos para lancetas y soluciones de control. Para ello no requerirá autorización previa.
Calzado o plantillas terapéuticos	\$0 de copago para calzado o plantillas terapéuticas cubiertos por Medicare. Se requiere una autorización previa del plan (PA)
Tarjeta prepagada* *Los beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para asociados con enfermedades crónicas que padecen alguna de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica,	\$152 mensual en una tarjeta prepagada para ser usada en establecimientos autorizados. Esta tarjeta le ayuda a cubrir los pagos de su bolsillo para pagar lo siguiente: • Alimentos saludables • Comidas • Artículos de venta sin receta (OTC) • Artículos de cuidado personal • Suministros para mascotas • Servicios públicos • Gasolina Los montos no cambian de mes a mes. Los fondos estarán disponibles a principios de mes. La tarjeta prepagada sólo está disponible para asociados con ciertas afecciones de salud crónicas. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información.

trastornos cardiovasculares. El hecho de padecer una de estas enfermedades no garantiza que vaya a recibir los beneficios. Se aplican otros requisitos.	
Educación para la salud	Sesiones interactivas con un educador sanitario certificado para los asociados que califiquen.
Beneficio de acondicionamiento físico	\$0 de copago para la membresía y acceso a instalaciones deportivas, asesoramiento para un envejecimiento saludable, kits de acondicionamiento físico para el hogar y materiales educativos sobre acondicionamiento físico.
Beneficio para comidas	\$0 de copago hasta 16 comidas por año calendario después del alta hospitalaria. \$0 de copago para un máximo de 20 comidas relacionadas con el tratamiento de una afección crónica por año civil. Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
Beneficio de artículos de venta sin receta (over the counter, OTC)	<i>Consulte su beneficio denominado "Tarjeta Prepagada."</i>
Atención quiropráctica	\$0 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cuidado quiropráctico de rutina, hasta 12 consultas al año.
Acupuntura	\$0 de copago por tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare. \$0 de copago Tratamientos de acupuntura complementarios, hasta 20 consultas al año. Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.

Servicios de salud en el hogar	\$0 de copago para cuidados de enfermería especializada limitados y otros servicios de salud que reciba en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. El número de consultas cubiertas se basa en la necesidad médica determinada por su médico y autorizadas por el plan. Se requiere un referido de su médico primario (PCP) y una autorización previa (PA) del plan.
---------------------------------------	---

RENUNCIAS

Esta información no proporciona una descripción completa de los beneficios. Llame al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463 (los usuarios TTY pueden llamar al 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, para obtener más información.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos, coseguros y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos y coseguros pueden variar el 1 de enero de cada año.

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

Aviso de No Discriminación

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

Doctors HealthCare Plans:

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

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

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles

2020 Ponce De Leon Blvd, PHI

Coral Gables, FL 33134

Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

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>.

NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE, AUXILIARY AIDS AND SERVICES

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

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

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

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

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

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

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

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

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય આકાશચિત્ર સહાય અને અક્ષરસહાય કોમ્પ્યુટર માધ્યમથી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વાના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

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

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

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

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

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

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

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 833-342-7463 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

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