

STRONG

body
mind

BOLETÍN PARA MIEMBROS
// INFORMACIÓN IMPORTANTE



DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN INC.



¡DESCARGUE NUESTRA APLICACIÓN MÓVIL "MyDHMP" DEL PORTAL PARA MIEMBROS!

La aplicación móvil "MyDHMP" del portal para miembros es su recurso para administrar su plan de seguro de salud en cualquier momento y en cualquier lugar. Con la aplicación podrá acceder a información importante. Puede acceder a los materiales para miembros, incluidas las tarjetas de id. Puede comunicarse con nosotros. En la aplicación, puede verificar el estado de su factura de atención médica y más. Haga todo esto desde su tableta o teléfono inteligente.

 Download on the
App Store

GET IT ON
 **Google play**

Visite DenverHealthMedicalPlan.org y haga clic en "MyDHMP Portal" (Portal de MyDHMP) o descargue la aplicación móvil "MyDHMP" para dispositivos iPhone y Android.

¡Comparta la salud!



Dígale a su familia y amigos. Este es el momento de inscribirse en un plan de seguro de salud para 2024. Podemos ayudarlos a obtener la cobertura que necesitan. ¡Escanee los códigos QR a continuación para obtener más información!



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**
Denver Health Medical Plan Inc..



El periodo de inscripción abierta anual para Medicare comienza el **15 de octubre de 2023** y finaliza el **7 de diciembre de 2023**.

Para obtener más información o inscribirse, llame al 303-602-2451.

Los miembros actuales pueden llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111.



**ELEVATE
HEALTH PLANS**
Denver Health Medical Plan Inc..



La inscripción abierta para CO Option y Exchange comienza el **1 de noviembre de 2023** y finaliza el **15 de enero de 2024**.*

Para obtener más información o inscribirse, llame al 303-602-2451.

** Las fechas son determinadas por la División de Seguros (Division of Insurance, DOI) y pueden cambiar.*

Visite DenverHealthMedicalPlan.org para obtener más información.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN



Como miembro valioso de DHMP, debe conocer ciertos derechos que tiene y responsabilidades que debe cumplir.

LOS MIEMBROS TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS:

- » A tener acceso a profesionales y personal que estén comprometidos a brindar atención médica de calidad a todos los miembros sin tener en cuenta la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- » A obtener los servicios disponibles y accesibles cubiertos por el contrato.
- » A recibir atención médica/de salud conductual que se base en pruebas científicas objetivas y en relaciones humanas.
- » A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- » A tener un equipo, basado en la confianza, el respeto y la cooperación, entre el proveedor, el personal y usted que dará como resultado una mejor atención médica.
- » A ser tratado con cortesía, respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- » A recibir un trato igual y justo, sin distinción de raza, religión, color, credo, nacionalidad, edad, sexo, preferencia sexual, partido político, discapacidad o participación en un programa con financiación pública.
- » A elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) dentro de la red de proveedores, ponerse en contacto con su PCP cada vez que un problema de salud le preocupe y buscar una segunda opinión, si así lo desea, sin costo para usted.
- » A esperar que sus registros médicos y todo lo que le diga a su proveedor sean tratados de forma confidencial y no se divulguen sin su consentimiento, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley.
- » A obtener copias de sus registros médicos o limitar el acceso a estos registros, conforme a la ley estatal y federal.
- » A conocer los nombres y cargos de los médicos, los enfermeros y otras personas que le prestan atención o servicios.
- » A sostener una discusión franca con su proveedor sobre las opciones de tratamientos adecuadas o medicamento necesarias para sus afecciones independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- » A participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- » A solicitar o rechazar tratamiento hasta donde la ley lo permita y saber cuáles pueden ser las consecuencias.
- » A recibir atención de calidad e información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad (MC) de DHMP.
- » A recibir información acerca de DHMP, sus servicios y sus proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros, así como recibir notificación inmediata de cancelación u otros cambios de los beneficios, los servicios o la red de DHMP. Esto incluye cómo obtener servicios durante el horario de atención regular, la atención de emergencia, la atención fuera del horario de atención, la atención fuera del área, las exclusiones y los límites sobre los servicios cubiertos.
- » A obtener más información acerca de sus proveedores y sus calificaciones, como la facultad de medicina a la que asistió o dónde hizo su residencia. Visite DenverHealthMedicalPlan.org y haga clic en "FIND A PROVIDER" ("BUSCAR UN PROVEEDOR") para obtener nuestros directorios web, o llame a Servicios del Plan de Salud.
- » A expresar su opinión sobre DHMP o sus proveedores ante los órganos legislativos o los medios de comunicación sin temor a perder los beneficios de salud.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN



- » A que se le expliquen todos los formularios de consentimiento u otros documentos que DHMP o sus proveedores le pidan que firme, a negarse a firmar dichos formularios hasta que los comprenda, a negarse a recibir tratamiento y a comprender las consecuencias de dicha decisión, a negarse a participar en proyectos de investigación, a tachar cualquier parte de un formulario de consentimiento que usted no desea que se aplique a su atención o a cambiar de parecer antes de someterse a un procedimiento para el cual ya haya prestado su consentimiento.
- » A instruir a los proveedores sobre sus deseos en relación con las instrucciones anticipadas (como poder notarial, testamento vital o donación de órganos).
- » A recibir atención en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para afecciones de emergencia y a recibir atención dentro de las 48 horas para afecciones urgentes.
- » A contar con los servicios de intérpretes si los necesita para recibir atención médica.
- » A cambiar la inscripción durante los períodos en que las reglas y los reglamentos le permiten.
- » A tener opciones de remisiones a todos los proveedores de la red que estén calificados para ofrecer servicios especializados cubiertos; se aplican los copagos correspondientes.
- » A esperar que las remisiones aprobadas por DHMP no se puedan cambiar después de la autorización previa ni se puedan rechazar a posteriori, excepto en casos de fraude o abuso, o modificaciones en su condición de elegibilidad al momento de recibir el servicio.
- » A hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de DHMP.
- » A expresar una queja o a apelar una decisión relativa a la organización de DHMP o a la atención brindada, y recibir una respuesta de acuerdo con el proceso de quejas/apelaciones.

LOS MIEMBROS TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE:

- » Tratar a los proveedores y su personal con cortesía, dignidad y respeto.
- » Pagar todas las primas y costos compartidos aplicables (es decir, deducible, coseguro, copagos).
- » Concertar y mantener las citas, ser puntual, llamar si va a llegar tarde o tiene que cancelar una cita.
- » Tener su tarjeta de identificación de DHMP disponible en el momento del servicio y pagar los cargos por cualquier beneficio no cubierto.
- » Informar sobre sus síntomas y problemas a su proveedor, y hacer preguntas, así como participar en la atención médica.
- » Informarse sobre el procedimiento o tratamiento, y pensar en ello antes de que se lleve a cabo.
- » Reflexionar acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento que su proveedor sugiere.
- » Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que haya acordado con su proveedor.
- » Proveer, en la medida de lo posible, la información y los registros correctos y necesarios que DHMP y sus proveedores necesitan para brindarle atención.
- » Comprender sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en el diseño de mutuo acuerdo de objetivos de tratamiento.
- » Expresar sus quejas e inquietudes de una manera educada y adecuada.
- » Aprender y saber sobre los beneficios del plan (es decir, cuáles servicios están cubiertos y cuáles no) y comunicarse con un representante de Servicios del Plan de Salud de DHMP ante cualquier pregunta.
- » Informar a los proveedores o a un representante de DHMP cuando no le satisfaga la atención o el servicio.
- » Notificar a DHMP de cualquier seguro de terceros, incluido Medicare.

MIEMBROS DE MEDICAID CHOICE: DETECCIÓN TEMPRANA Y PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El Servicio de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es un programa de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) que abarca servicios de prevención, diagnóstico y atención para miembros de hasta 20 años de edad. Cubre a las mujeres embarazadas. Este programa tiene la finalidad de detectar problemas de salud de forma temprana. El objetivo es que los niños reciban atención para su salud. La atención es para exámenes físicos, mentales, oftalmológicos, auditivos y odontológicos. Su hijo puede recibir estos servicios **SIN COSTO** alguno para usted:

servicios de habla	vacunas	terapias ocupacional o física
controles del niño sano	servicios médicos a domicilio	

La mayoría de los servicios de EPSDT están disponibles en Denver Health. Su médico también puede remitirlo a los servicios externos a Denver Health. Llame a Servicios del Plan de Salud al **303-602-2116** para realizar preguntas sobre los servicios de EPSDT, programar una cita y hablar con su médico. Cuando tenga preguntas sobre el transporte para las citas, llame a Intelliride al **855-489-4999**. Para obtener más información sobre las recomendaciones de atención preventiva de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP), visite: downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Para obtener más información, llame a los Servicios del Plan de Salud al 303-602-2116.



MEDICARE ADVANTAGE, MEDICAID CHOICE Y CHP+: INTEROPERABILIDAD Y SU INFORMACIÓN MÉDICA

La regla de interoperabilidad y acceso de pacientes (CMS-9115-F) fue implementada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para brindarle acceso a su información médica en cualquier momento y en cualquier lugar a través de aplicaciones web y móviles de terceros que luego usted puede utilizar para tomar decisiones más informadas sobre su atención médica. Esto incluye los reclamos médicos, los reclamos de farmacia, los datos clínicos, así como los datos de proveedores, farmacias y formularios de medicamentos con receta.

Para obtener más información, visite:
DenverHealthMedicalPlan.org/Interoperability-And-Your-Health-Information.

INICIE SESIÓN EN EL PORTAL PARA PACIENTES: MYCHART DE DENVER HEALTH.



La red de proveedores tiene un portal para conectarse con ellos. El portal o la aplicación en Internet le brinda acceso digital a sus registros médicos desde su teléfono inteligente o computadora. Es fácil programar una cita, solicitar renovaciones de medicamentos con receta, acceder a los resultados de laboratorios/pruebas, comunicarse con sus proveedores y más.



VER SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

- » recibir resultados de laboratorio
- » ver radiografías en Internet
- » consultar su registro de vacunación y sus antecedentes médicos
- » consultar las instrucciones indicadas por su médico



GESTIONAR SUS CITAS

- » solicitar, programar o cancelar una cita
- » recibir un correo electrónico recordatorio tres días antes de la cita
- » ver detalles de sus citas
- » registrarse para su cita



SOLICITAR UNA RENOVACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA

- » revisar su lista de medicaciones y verificar que esté actualizada
- » renovar recetas



COMUNICARSE CON SU MÉDICO O EQUIPO DE ATENCIÓN

- » comunicarse de manera fácil y segura con los proveedores de atención
- » enviar mensajes que no sean de emergencia a través de MyChart enviar un mensaje a su equipo de atención



Obtenga más información: [DenverHealth.org/MyChart](https://denverhealth.org/MyChart)

OPCIONES DE ATENCIÓN EN EL MISMO DÍA

Cuando necesita atención hoy y no puede consultar a su proveedor de atención primaria, tenemos opciones para usted.



NURSELINE (LÍNEA DE ENFERMERÍA) está a su disposición para ayudarlo.

Llame al **303-739-1261** y hable con un enfermero de Denver Health acerca de sus inquietudes sobre la salud. No hay costo para usted. A veces, el personal puede llamar a la farmacia y solicitar un medicamento con receta para usted. El personal de enfermería de NurseLine (Línea de Enfermería) puede ayudarlo a decidir cuál es el mejor plan para que usted reciba la atención que necesita. El plan puede incluir cualquiera de las opciones a continuación.



DISPATCHHEALTH irá a usted.

DispatchHealth es nuestro proveedor de atención a pedido que puede atender diversas lesiones y enfermedades en su hogar. DispatchHealth está disponible de 8 a.m. a 10 p.m. Está abierto los 365 días del año. Visite **DispatchHealth.com**. Descargue la aplicación gratuita. Llame al **303-500-1518**. Consulte la cobertura de su plan para obtener detalles sobre los costos compartidos.



Visite UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA.

Denver Health ofrece muchos centros de atención de urgencia. Hay servicios pediátricos abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en 777 Bannock St. El centro para adultos está abierto todos los días, de 7 a.m. a 8 p.m., en 660 Bannock St. Centros de atención de urgencia en el campus principal, Southwest Clinic for Pediatrics and Adults (Clínica Southwest para Niños y Adultos) Federico F. Peña en 1339 Federal Blvd. La clínica está abierta de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m. | sábados y domingos, de 9 a.m. a 4 p.m. La clínica está cerrada en días festivos. Downtown Urgent Care Clinic (Clínica de Atención de Urgencia del Centro) en 1545 California St., abierta todos los días, de 7 a.m. a 7 p.m. La atención de urgencia virtual está disponible para los usuarios de MyChart de Denver Health. Consulte la cobertura de su plan para obtener detalles sobre los costos compartidos.

Nota: También puede visitar cualquier centro de atención de urgencia que sea conveniente para usted.



Su plan DHMP lo cubrirá en cualquier centro de atención de urgencia, en cualquier parte de los EE. UU.

VISITE UNA SALA DE EMERGENCIAS.

Usted puede tener acceso a atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto para niños como para adultos, en el campus principal de Denver Health en 777 Bannock St. El Departamento de Emergencia Pediátrica de Denver Health (Denver Health Pediatric Emergency Department) es para niños y está completamente separado del Departamento de Emergencia para Adultos (Adult Emergency Department). Consulte la cobertura de su plan para obtener detalles sobre los costos compartidos.

Nota: Cuando necesite atención de emergencia, diríjase al hospital más cercano o llame al 9-1-1. Su plan DHMP lo cubrirá en cualquier sala de emergencias, en cualquier lugar de EE. UU.

¿QUÉ HAY DE NUEVO CON SUS BENEFICIOS DE FARMACIA?

Según su plan, los beneficios de farmacia pueden actualizarse durante el transcurso del año. Para ver qué ha cambiado, visite **DenverHealthMedicalPlan.org**. Coloque el cursor sobre Current Members (Miembros actuales). Navegue hasta la página de su plan. Haga clic en "Pharmacy" (Farmacia) en "Member Resources" (Recursos del miembro). Encontrará documentos que proporcionan cambios en el Formulario de medicamentos de su plan. Algunos de los cambios son medicamentos o genéricos que se agregaron, y más.

La página web de su plan y los documentos del Formulario de medicamentos se denominan *Formulario de medicamentos y gestión de farmacias*. Esto es para los planes Exchange, CO Option o de grupo de empleador. El *Formulario de medicamentos/la Lista de medicamentos* para Medicaid Choice y CHP+, o los *Formularios de medicamentos* para Medicare Advantage, proporcionan:

- » Una lista de medicamentos cubiertos, junto con las restricciones y las preferencias.
- » Detalles sobre cómo utilizar el Formulario de medicamentos y los procedimientos de gestión farmacéutica.
- » Una explicación de los límites o las cuotas.
- » Detalles sobre cómo los profesionales que realizan las recetas deben brindar información para respaldar una solicitud de excepción (Las solicitudes que no son de urgencia pueden procesarse el siguiente día hábil).
- » El proceso de su plan para la sustitución de genéricos, el intercambio terapéutico y los protocolos de terapia escalonada.

RECOMPENSA DE \$25: COMPLETE UNA EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD.



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**
Denver Health Medical Plan Inc..

Cuando es miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), tendrá la oportunidad de participar en una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) cada año.

Queremos que esté sano y se sienta bien. Al responder las preguntas en la HRA, identificaremos sus riesgos de salud y trataremos de reducirlos. Cada año, le pediremos que complete una HRA para saber si hubo algún cambio en su salud. Esto también nos ayudará a saber cuándo necesita más ayuda. Sus respuestas a estas preguntas no afectan la cobertura de su seguro y pueden ser compartidas con su médico. Podemos trabajar con su médico y equipo de atención médica para tratar de mejorar su salud.

Lo llamaremos para completar la HRA por teléfono, o podemos enviarle la HRA por correo postal. También puede llamarnos para completar la HRA al **1-833-292-4893**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) completan una encuesta de salud, cumplen con el requisito para obtener la recompensa de \$25. Una vez finalizada la encuesta, la recompensa se enviará al domicilio postal que tenemos registrado para utilizarla en los comercios participantes. Para obtener más información o preguntas, llame a nuestro Departamento de Gestión de la Atención (Care Management Department) al **303-602-2184** o visite **DenverHealthMedicalPlan.org**.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Asegurarnos de que nuestros miembros reciban una buena atención y ayuda es la misión de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP). Para colaborar con esta iniciativa, tenemos un Programa de Mejoramiento de la Calidad (MC). El objetivo del Programa de MC es analizar el trabajo que hemos hecho como su plan de salud. Compararemos este trabajo con nuestros objetivos. Aprenderemos cómo podemos mejorar. Cada año, analizamos los datos sobre cómo manejamos la atención de los miembros. Luego medimos nuestro trabajo y progreso en comparación con los puntos de referencia utilizados por todo el país.

La meta de nuestro Programa de MC es asegurarnos de que usted tenga lo siguiente:

- » el derecho a recibir una buena atención médica
- » programas que satisfagan sus necesidades
- » ayuda con las enfermedades crónicas que tenga
- » apoyo cuando necesite ayuda adicional, por ejemplo, luego de una estadía en el hospital
- » atención de médicos de alta calidad

Puede encontrar los resultados de nuestro Programa de MC en el sitio web de DHMP:

DenverHealthMedicalPlan.org/Quality-Improvement-Program.

LÍMITES MÁXIMOS DE BENEFICIOS

Cuando esté cerca de alcanzar su límite máximo de beneficio, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al **303-602-2100** para hablar con un representante sobre cualquier opción que pueda tener. Beneficios como visitas de terapia ambulatoria, equipo médico durable o quiropráctico.

TRANSICIÓN DE ATENCIÓN

Usted o su dependiente están consultando a un pediatra, y están listos para cambiarse a un proveedor general o familiar. Hay tres maneras de obtener ayuda.

- » Llame al Centro de Citas de Denver Health al **303-436-4949** para obtener ayuda para buscar un nuevo proveedor.
- » Haga su primera cita.
- » Utilice el Directorio de proveedores en Internet en **DenverHealthMedicalPlan.org**.
- » Pídale ayuda a su proveedor con la transición.

GESTIÓN DE CASOS COMPLEJOS Y GESTIÓN DE ACCESO A LA ATENCIÓN

¡Nuestros gestores de atención están aquí para ayudarlo! Trabajaremos con usted y su médico para asegurarnos de que obtenga la ayuda que necesita. En nuestra gestión de la atención (Care Management, CM), podemos:

- » concertar citas con médicos y especialistas
- » hacer remisiones a recursos comunitarios
- » ayudarlo con la programación del transporte para las citas con su médico
- » trabajar con su equipo de atención médica en los servicios que pueda necesitar en su hogar
- » brindar información sobre las afecciones de atención
- » hablar con su médico para asegurarse de que tiene los medicamentos que necesita

Nuestro programa de CM es un servicio gratuito para todos los miembros de DHMP. Puede participar en el programa todo el tiempo que quiera. Para ser considerado para el programa, puede ser remitido. Las remisiones podrían realizarse a través de un programa de gestión médica, un planificador de alta, un proveedor, un cuidador o una autorremisión. Para obtener más información, llame al **303-602-2184** o envíenos un correo electrónico a **DHMPCC@dhha.org**.

SERVICIOS DE COMUNICACIÓN Y ACCESO AL PERSONAL

DHMP da acceso al personal a los miembros y proveedores que buscan información sobre la Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM). El personal está disponible ocho horas al día durante el horario de atención normal para recibir llamadas entrantes de cobro revertido o gratuitas. Fuera del horario de atención, puede enviar información por fax o un mensaje a través del portal para miembros. El personal responderá el siguiente día hábil. El personal se identifica por su nombre, título y nombre de la organización al iniciar o devolver las llamadas. Los servicios de TTY y la ayuda lingüística están disponibles.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA O APELACIÓN

Como miembro, usted tiene derecho a presentar una queja que también se conoce como reclamo. Una queja es una fuerte sensación de que fue tratado injustamente. Una queja puede incluir, entre otros, la frustración con un beneficio o un comportamiento grosero del personal. También tiene derecho a presentar una apelación cuando el plan le denegó un servicio o una medicación solicitada por su proveedor. Las apelaciones pueden ser revisadas de manera interna por el plan y de manera externa por el Departamento de Seguros (Department of Insurance, DOI) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Cuando el plan confirma la decisión de denegar el pago de una factura de atención o autorizar un servicio, la ley le otorga el derecho de apelar las decisiones ante un responsable de toma de decisiones externo e independiente.

Cuando usted decide presentar una queja o una apelación, lo debe hacer en los plazos requeridos establecidos por las reglas nacionales o estatales. Cuando usted no cumple con una fecha límite de presentación, es posible que no se revise. Puede encontrar información sobre cómo presentar una queja o apelación, incluidos los periodos en los que se le permite presentar una queja o apelación en nuestro sitio web en **DenverHealthMedicalPlan.org** o puede llamarnos para obtener información o asistencia para presentar una queja o apelación al **303-602-2261**.

DECLARACIÓN AFIRMATIVA DE DHMP SOBRE LAS DECISIONES DE UTILIZACIÓN

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) cuenta con un programa de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM) para garantizar que los miembros tengan acceso a una atención médica de calidad. El programa utiliza un equipo de profesionales de atención médica para evaluar la necesidad médica de los servicios utilizando pautas clínicas reconocidas a nivel nacional basadas en pruebas y estándares comunitarios. Las decisiones se basan en la adecuación de la atención y los servicios a disposición de los miembros dentro de sus beneficios contratados. DHMP afirma las siguientes prácticas del programa de UM:

- » La toma de decisiones de UM se basa solo en la adecuación de la atención y los servicios solicitados, y la cobertura y los beneficios existentes y disponibles para los miembros.
- » DHMP no ofrece recompensa ni incentiva específicamente a profesionales u otras personas a emitir denegaciones de cobertura o servicios.
- » Los miembros del personal responsables de tomar decisiones de UM no reciben incentivos financieros para alentar decisiones que dan lugar a la subutilización.

Póngase en contacto con el Departamento de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Medical Management Department) de DHMP al **1-800-700-8140** si tiene alguna pregunta sobre el programa y sus prácticas.



**DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN** INC.™

777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204

LETRAS GRANDES U OTROS

IDIOMAS: Cuando tenga preguntas sobre este aviso, podemos ayudarlo sin costo. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Llame al 303-602-2116, sin costo al 1-855-281-2418 o al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla.

H5608_RegNwsltr23_M



SCAN ME



UN MENSAJE DE NUESTRO DIRECTOR GENERAL

Este es el momento en que publicamos el informe anual que muestra nuestras finanzas del año anterior. El informe anual de 2022 está disponible en nuestro sitio web en el siguiente enlace, o puede escanear el código QR anterior:

DenverHealthMedicalPlan.org/Denver-Health-Medical-Plan-Annual-Report

Aunque Colorado tiene algo para todo el mundo durante todo el año, siempre considero que los meses más cálidos son los más agradables y llenos de actividades.

Le recomiendo explorar el aire libre y todo lo que este maravilloso estado tiene para ofrecer.

¡Le deseo un verano seguro y saludable!

GREG MCCARTHY

Director general y director ejecutivo
Denver Health Medical Plan, Inc.

