

Denver Health Medicare Select HMO

Resumen de beneficios

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para recibir más información. Los beneficios, las primas y los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”.

SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Usted cuenta con opciones a la hora de obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare Fee-for-Service). Medicare Original es manejada directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es que se inscriba en un plan de salud de Medicare (por ejemplo, **Denver Health Medicare Select HMO**) para obtener sus beneficios de Medicare.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto con el Resumen de beneficios le proporciona un resumen de lo que cubre **Denver Health Medicare Select (HMO)** y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes los folletos con el Resumen de beneficios. También puede utilizar el [Buscador de planes](#) de Medicare que está en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual “**Medicare y Usted**”. Véalo 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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Cosas que debe saber sobre **Denver Health Medicare Select (HMO)**
- Prima mensual, deducible y límites en el monto que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y de hospital cubiertos
- Beneficios para medicamentos con receta médica

Esta información está disponible en otros formatos, como braille y letras grandes.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para obtener más información llámenos al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.

If you speak Spanish, language assistance services, free of charge are available to you. Please call our customer service number at 1-877-956-2111. TTY/TDD should call 711. Our hours of operation are 8:00 am - 8:00 pm, 7 days a week.

Cosas que debe saber sobre Denver Health Medicare Select (HMO)

Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato.

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos los siete días de la semana, desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m. Horario de la montaña.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes, desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m. Horario de la montaña.
- Si usted es un miembro actual o no es miembro, puede comunicarse con nosotros llamando al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Denver Health Medicare Select (HMO)**, usted debe tener derecho a recibir los beneficios de la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Colorado: **Denver**.

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Denver Health Medicare Select (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. En general, debe usar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta médica cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el Directorio de proveedores/farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.denverhealthmedicalplan.org).

O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias y proveedores.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y *más*.

- **Nuestros miembros del plan reciben *todos* los beneficios cubiertos por Medicare Original. Para alguno de estos beneficios, tal vez usted deba pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original.** Para otros, puede ser que pague menos.
- **Los miembros de nuestro plan también reciben *más cobertura* de la que ofrece Medicare Original.** Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

- Usted puede ver el formulario completo (lista de medicamentos con receta médica de la Parte D) del plan y las restricciones en nuestro sitio web, www.denverhealthmedicalplan.org.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS**¿Cómo puedo determinar el costo de mis medicamentos?****Prima mensual, deducible y límites en el monto que usted paga por los servicios cubiertos**

Nuestro plan coloca cada medicamento en uno de seis “niveles”. Usted tendrá que usar su formulario de medicamentos para localizar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le va a costar. El monto que usted paga depende del nivel en que esté el medicamento y de la etapa de beneficios que usted haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de beneficios que suceden luego de que usted cumple con su deducible: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura catastrófica.

¿Cuánto cuesta la prima mensual?

\$32.00 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

¿Cuánto cuesta el deducible?

Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos con receta de la Parte D.

El deducible para 2019 en la Parte B es \$185.

\$375 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, excepto por los del Nivel 1 y el Nivel 6, los cuales están excluidos del deducible.

¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?

Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan le protege a usted al proporcionarle límites anuales para sus gastos de desembolso directo por la atención médica y hospitalaria.

Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:

- \$5,500 por los servicios que recibe de proveedores que pertenecen a la red. Si alcanza el límite de gastos de desembolso directo, sigue recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagamos el costo completo durante el resto del año.

Tenga en cuenta que igual deberá pagar sus primas del mes y sus costos compartidos para los medicamentos con receta médica de la Parte D.

¿Hay un límite en el monto que paga el plan?

Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para algunos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para saber a qué servicios se aplica.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos**Nota:**

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para recibir más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

- Los servicios que figuran con un ¹ pueden requerir autorización previa.
- Los servicios que figuran con un ² pueden requerir una referencia de su médico.

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados^{1,2}

Los copagos por los beneficios en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y en un hospital se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si se lo ingresa en un hospital o SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estancia en el hospital supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya gastado estos 60 días adicionales, su cobertura para paciente hospitalizado se verá limitada a 90 días por período de beneficio.

Días 1 al 5: \$300 por día; esto se paga el día del alta
 Días 6 al 90: \$0 por día
 Días 91 al 150: \$578 por días de reserva de por vida

Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{1,2}

Cubrimos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

20% del costo por cada visita a un centro hospitalario como paciente ambulatorio cubierta por Medicare

- Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugías para pacientes ambulatorios
- Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital (\$0 de copago para servicios de laboratorio cubiertos)
- Atención de salud mental, incluyendo la atención brindada en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que haría falta hospitalizar al paciente para brindarle tratamiento si no se proporciona dicha atención.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital
- Suministros médicos, como férulas y yesos
- Determinados exámenes de detección y servicios preventivos
- Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse a sí mismo

A menos que el proveedor haya escrito un pedido para internarlo en el hospital como paciente hospitalizado, se lo considera paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo siga considerando un paciente “ambulatorio”. Si usted no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

Visitas al consultorio del médico^{1,2}

Visitas al médico de atención primaria: \$10 de copago
 Visitas a especialistas^{1,2}: \$30 de copago

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

<p>Atención preventiva</p>	<p>Usted no paga nada Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre los cuales se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento y pruebas de detección de abuso de alcohol • Densitometría ósea • Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas para detectar enfermedad cardiovascular • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Programas educativos sobre bienestar y salud • Prueba de detección del VIH • Inmunizaciones, incluso vacunas contra la influenza, hepatitis B y neumonía • Pruebas de detección de cáncer de pulmón (LDCT) • Servicios de terapia de nutrición médica • Pruebas de detección y asesoramiento sobre obesidad • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan señales de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (por única vez) • Visita anual de “Bienestar” <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>\$80 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos.</p>
<p>Servicios de atención urgente y necesaria</p>	<p>\$40 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de atención urgente y necesaria. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y rayos X <i>(los costos de estos servicios pueden ser distintos si se reciben en un entorno de cirugía ambulatoria)</i>^{1,2}</p>	<p>Servicios de radiología de diagnóstico (tal como RM, TC): 20% del costo^{1,2} Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 20% del costo^{1,2} Servicios de laboratorio: 0% del costo^{1,2} Radiografías de pacientes ambulatorios: 20% del costo^{1,2} Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo^{1,2}</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios de audición	Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio: \$30 de copago Examen de audición de rutina (hasta 1 cada tres años): \$30 de copago Evaluación de prueba para audífonos (hasta 1 cada tres años): \$30 de copago Audífonos: \$0 de copago Nuestro plan paga hasta \$1,500 cada tres años por audífonos.
Servicios dentales	En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos los servicios que figuran en la lista, sujetos a las exclusiones, limitaciones y políticas de procesamiento de Delta Dental. Todas las reclamaciones están sujetas a una revisión realizada por un consultor dental: <ul style="list-style-type: none">• Limpiezas (hasta 2 por año calendario)• D1110, D4355• Radiografías periapicales (hasta 4 por año calendario)• D0220, D0230• Radiografías de aleta de mordida (un conjunto de cuatro por año calendario)• D0274• Radiografías de boca completa (cada 36 meses)• D0210 o D0330, pero no ambos.• Exámenes bucales selectos (hasta 2 exámenes por año calendario)• D0120, D0140 y D0150• Servicios de diagnóstico (hasta 2 por año calendario)• D0603• Empastes (hasta 2 servicios listados por año calendario)• D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335• Periodoncia (una cada tres años)• D4355• Extracciones (sin límite)• D7140, D7210 \$0 de copago para todos los servicios cubiertos. Sin deducible.
Servicios de la vista	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluyendo una prueba de detección de glaucoma anual): \$30 de copago Examen ocular de rutina (hasta 1 por año): \$30 de copago Lentes de contacto: \$0 de copago Anteojos (lentes y marcos) (hasta 1 por año): \$0 de copago Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 de copago Nuestro plan paga hasta \$250 por año de beneficios para lentes de contacto y anteojos (lentes y marcos).

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

<p>Atención de salud mental^{1,2}</p>	<p>Visita como paciente hospitalizado^{1,2} Nuestro plan cubre en toda la vida hasta 190 días por cuidados de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en un hospital general.</p> <p>Los copagos por los beneficios en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y en un hospital se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que usted es ingresado como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si se lo ingresa en un hospital o SNF después de que se haya terminado un período de beneficios, comenzará un período nuevo. Usted debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio para las estancias en el hospital como paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estancia en el hospital supera los 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya gastado estos 60 días adicionales, su cobertura para paciente hospitalizado se verá limitada a 90 días por período de beneficio.</p> <p><i>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado en el hospital.</i></p> <p>Días 1 al 5: \$300 por día; esto se paga en la fecha del alta Días 6 al 90: \$0 por día Días 91 al 150: \$578 por días de reserva de por vida</p> <p>Paciente ambulatorio²: Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago Visita de terapia individual como paciente ambulatorio: \$10 de copago</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)^{1,2}</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>En 2019, los montos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada los días 1 al 20 • \$170.50 de copago por día durante los días 21 al 100
<p>Terapia física^{1,2}</p>	<p>\$10 de copago</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.</p>

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Transporte ¹	Usted no paga nada 25 viajes de ida y vuelta por año a ubicaciones aprobadas por el plan
Otros medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Por los medicamentos de la Parte B, p. ej., medicamentos de quimioterapia ¹ : 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B ¹ : 20% del costo
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios ^{1,2}	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones, y hasta 36 semanas): 20% del costo Visita de terapia ocupacional: \$30 de copago Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: \$10 de copago

SECCIÓN II – RESUMEN DE BENEFICIOS

Beneficios adicionales

Atención quiropráctica	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (si 1 hueso o más de su columna vertebral se salen de lugar): \$20 de copago
Servicios y suministros para personas diabéticas ¹	<p>Suministros para el control de la diabetes: Usted no paga nada</p> <p>Capacitación para el automanejo de la diabetes: Usted no paga nada</p> <p>Zapatos o plantillas terapéuticos: 20% del costo</p> <p>Los glucómetros y las tiras reactivas para las personas diabéticas se limitan a los productos Trividia Health (los glucómetros y las tiras reactivas de otros fabricantes requieren una determinación de la organización).</p>
Atención médica a domicilio ^{1,2}	<p>Usted no paga nada</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios en el hogar y ordenará que se los proporcione una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en el hogar, lo cual significa que salir de casa es un esfuerzo mayor.</p> <p>A continuación, se detallan algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y servicios de asistente de salud en el hogar. (Para que sus servicios de atención de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar estén cubiertos con el beneficio de atención médica en el hogar, la combinación de estos debe dar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios sociales y médicos • Equipos y suministros médicos
Centro de cuidados paliativos	<p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos que le provea un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Puede ser que deba pagar parte del costo de los medicamentos y del relevo de descanso. Los cuidados paliativos se cubren fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.</p> <p><i>Usted debe recibir la atención en un centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Usted debe consultar con nuestro plan antes de elegir un centro de cuidados paliativos.</i></p>
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Para saber más sobre la atención de salud mental para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Atención de salud mental” de este folleto.
Abuso de sustancias (servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios) ^{1,2}	<p>Visita de terapia grupal: \$10 de copago</p> <p>Visita de terapia individual: \$10 de copago</p>

Beneficios adicionales	
Cirugía ambulatoria ^{1,2}	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: 20% del costo Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: 20% del costo
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>) ¹	Dispositivos protésicos: 20% del costo Suministros médicos relacionados: 20% del costo
Diálisis renal ^{1,2}	20% del costo

Beneficios para medicamentos con receta médica	
Etapa de cobertura inicial	Después de que pague su deducible anual de \$375, usted paga el costo compartido que figura en las tablas a continuación hasta que su costo total anual de medicamentos llegue a \$3,820. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con servicio de envíos por correo que pertenecen a la red. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. 711 para usuarios de TTY/TDD, o puede acceder a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Costo compartido estándar en farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$4 de copago	\$8 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$10 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	50% de coseguro	50% de coseguro
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 (Medicamentos selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo compartido estándar en farmacias con envío por correo

Nivel	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$8 de copago
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$20 de copago
Nivel 3 (Medicamentos de marcas preferidas)	25% de coseguro
Nivel 4 (Medicamentos de marcas no preferidas)	50% de coseguro
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro
Nivel 6 (Medicamentos selectos)	\$0 de copago

Beneficios para medicamentos con receta médica

Etapa de cobertura inicial (continuación)

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que lo que pagaría en una farmacia minorista.

Usted puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red y pagar lo mismo que en una farmacia de la red, pero obtendrá menos del medicamento.

Este plan utiliza un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede consultar el formulario en internet en <http://www.denverhealthmedicalplan.org>.

Distintos costos de desembolso directo pueden aplicarse para personas que:

- tienen ingresos limitados,
- viven en un centro de atención a largo plazo, o
- tienen acceso a proveedores indios/tribales/urbanos (Servicio de Salud para Indígenas).

Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y un plan con la Parte D.

Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa afección.

Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.

Su proveedor debe obtener una autorización previa de Denver Health Medicare Select (HMO) para ciertos medicamentos.

Usted debe ir a determinadas farmacias para un número muy limitado de medicamentos, debido a que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación del paciente que la mayoría de las farmacias en su red no pueden cumplir.

Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, en el formulario de medicamentos, en los materiales impresos, así como en el Buscador de planes de medicamentos con receta (Prescription Drug Plan Finder) de Medicare en Medicare.gov.

Si el costo real de un medicamento es menor que el monto habitual de costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el monto de costo compartido más alto.

Si usted solicita una excepción a la lista de medicamentos para un medicamento, y Denver Health Medicare Select (HMO) aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido del Nivel 4 (marca no preferida) para ese medicamento.

Etapa de brecha de cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de brecha de cobertura (también llamado “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$3,820.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 35% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 44% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$5,100, que es el fin de la brecha de cobertura. No todas las personas entrarán en la brecha de cobertura.

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. 711 para usuarios de TTY/TDD, o puede acceder a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Después de que sus gastos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista y a través del servicio de envíos por correo) alcancen los \$5,100, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo, o
- \$3.40 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. 711 para usuarios de TTY/TDD, o puede acceder a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

Denver Health Medical Plan, Inc. y Denver Health Medicare Choice/Select, en adelante denominados colectivamente la "Compañía", cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
 - Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si considera que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas (Grievance and Appeals Department) de la Compañía, en 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, teléfono 303-602-2261. Puede presentar el reclamo por correo postal o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, un especialista en apelaciones y quejas está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
TDD: 800-537-7697

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Denver Health Medical Plan, Inc. and Denver Health Medicare Choice/Select, hereinafter collectively referred to as the “Company,” complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Company does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Company

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
 - Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you believe that the Company failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Company’s Grievance and Appeals Department at 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, telephone 303-602-2261. You can file a grievance by mail or telephone. If you need help filing a grievance, the Grievance and Appeal Specialist is available to help you.

You can also file a civil right complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
TDD: 800-537-7697

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Medicare Select HMO. tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. [Name of covered entity] không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Medicare Select HMO:

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp với chúng tôi có hiệu quả, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể tiếp cận, các định dạng khác)
- Cung cấp miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
 - Thông dịch viên đủ năng lực
 - Thông tin được trình bày bằng ngôn ngữ khác

Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ Rocky Mountain Region Nếu bạn tin rằng Medicare Select HMO không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, bạn có thể nộp đơn khiếu nại với: Company's Grievance and Appeals Department at 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, telephone 303-602-2261. Bạn có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại hoặc gửi qua đường bưu điện, chuyển fax, hoặc email. Nếu bạn cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Grievance and Appeals Department sẵn sàng giúp bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn Phòng Dân Quyền) bằng

hình thức điện tử qua Ofce for Civil Rights Complaint Portal, có trên trang <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng điện thoại tại:

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)

Các mẫu khiếu nại có trên trang <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de intérpretes en varios idiomas

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-956-2111 (TTY/TDD: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-956-2111 (TTY/TDD: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-956-2111 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-956-2111 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-956-2111 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-956-2111 (телетайп: 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-956-2111 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

مقرب لصتا. ناچملاب كل رفاوتت ةيوغلا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةببئر علا ثدحتت تنك اذا؛ ةظوحلم 1-877-956-2111 (مكبلاو مصلا فتاه مقر: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-956-2111 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-956-2111 (ATS : 711).

ध्यान दिनहोस् तपयाईले नेपयाली बोलनुहुन्छ भने तपयाको ननम्त भयाषया सहायता सेवयाहरू ननःशुलक रूपमया

उपलब्ध छ । फोन ोस् 1-877-956-2111 (दिदिवयार्: 711) ।
गनहु

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-956-2111 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-956-2111 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-956-2111 (TTY: 711).

مهارف امش يارب ناگيار تروصب يئابز تلايهست ،دينک يم وگتفگ يسراف نابز هب رگا :هجوت
اب .دشاب يم 1-877-956-2111 (TTY: 711) ديريگب سامت.

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsɔ̀-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀in m̄ gbo kpáa. Đá
1-877-956-2111 (TTY:711)

Nti: Ọ búrụ na asụ Ibo, asụsụ aka ọasụ n'efu, defu, aka. Call 1-877-956-2111 (TTY: 711).

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfé ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1-877-956-2111 (TTY: 711).