



**Preferred Diabetic Testing Supplies
Denver Health Medical Plan (DHMP), Inc.**

DHMP covers Trividia Health manufactured glucometers and blood test strips. A prior authorization (also called an exception request) must be submitted and approved before we will pay for glucometers and blood test strips that are not made by Trividia Health.

Covered Trividia Health glucometers and test strips include but are not limited to:

Glucometers	Test Strips
True Metrix Air glucometer	True Metrix test strips
True Metrix glucometer	

If you are using diabetic testing supplies that are **not** made by Trividia Health, you or your provider will need to complete an exception request.

- Our plan will only pay for diabetic testing supplies that are not made by Trividia Health if an exception request is approved.
- If the request is denied and you do not agree with the decision, you have the right to appeal.

For more information about the exception process or the appeals policy, please see the plan’s 2018 Evidence of Coverage or contact Member Services at 1-877-956-2111 or, for TTY call 711. Our hours of operation are 8am - 8pm seven days a week.

Denver Health Medical Plan is a Medicare approved HMO plan and has a contract with the Colorado Medicaid program. Enrollment in Denver Health Medical Plan depends on contract renewal.

The benefit information provided is a brief summary, not a complete description of benefits. For more information contact the plan. Limitations, copayments, and restrictions may apply. Benefits, formulary, pharmacy network, provider network, premium and/or co-payments/co-insurance may change on January 1 of each year.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services department at 303-602-2111 or toll free at 1-877-956-2111 for more information. TTY users call 711. Our hours of operation are 8 a.m. - 8 p.m. seven days a week.

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 Appeal 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Denver Health Medical Plan, Inc. y Denver Health Medicaid 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 excluye a las personas ni las trata de forma 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, puede presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas (Grievance and Appeal 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 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>, o bien, 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 <http://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 Appeal 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 Appeal 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 Office 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-700-8140 (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1-800-700-8140 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-700-8140 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-700-8140 (телетайп: 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-700-8140 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

رقم (711) لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-700-8140 (هاتف الصم والبكم)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-700-8140 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-700-8140 (ATS : 711).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा

उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-700-8140 (टिटिवाइ: 711) ।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-700-8140 (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。1-800-700-8140 (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 1-800-700-8140 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-700-8140 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Dè dẹ nìà kẹ dyédé gbo: ㄟ jǔ kẹ̀ n̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jǔ ní, n̄í, à wuḍu kà kò dọ̀ po-poò b̄èin n̄ gbo kpáa. ㄟ 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Ige ntị: Ọ bụrụ na asụ Ibo, asụsụ aka ọasụ n'efu, defu, aka. Call 1-800-700-8140 (TTY: 711).

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ̀ ni iranlọwọ̀ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1-800-700-8140 (TTY: 711).