DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE

Health First COLORADO
Colorado's Medicaid Program

Administered by Denver Health Medicaid Choice

DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE
OFRECIDO POR DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC.
MANUAL PARA MIEMBROS

ÍNDICE

Terminología **1**

Números de teléfono importantes **3**

Consejos rápidos para acceder a la atención en Denver Health **4**

Bienvenido a DHMC! **5**

Video de orientación para miembros nuevos 5

Sus tarjetas de id. de DHMC 5

Dónde puede recibir atención **7**

1 Cómo funciona su plan **8**

Cómo obtener información acerca de los proveedores 8

¿Qué es un PCP? 8

¿Por qué es importante su PCP? 8

Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC 8

Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista 8

Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios 8

Inscripción y cancelación de la inscripción 9

Inscripción abierta 10

¿Cuándo no puede ser miembro de DHMC? 10

Otro seguro 10

Facturas médicas 10

Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación 10

¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba? 11

¿Cuándo no debe pagar por los servicios? 11

Planes de incentivos para médicos 11

Lesiones o enfermedades causadas por terceros 11

¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas? 12

Representante para tomar decisiones 13

Uso de un representante personal designado (DPR) 13

Privacidad 13

Formar parte del Comité Asesor del Consumidor 13

Boletín informativo para miembros de DHMC 13

2 Sus derechos y responsabilidades **14**

Sus derechos 14

Sus responsabilidades 14

3 Cómo recibir atención **15**

Atención de emergencia 15

Atención de urgencia 15

Atención posterior a la estabilización 15

Atención preventiva y de rutina 16

Cómo programar una cita 16

Normas para citas de DHMC 16

Farmacia 16

Pharmacy Retail by Mail 18

4 Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar **19**

Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar 19

5 Atención médica para la mujer **20**

Consulta con un obstetra o ginecólogo 20

Planificación familiar 20

Detección del cáncer de cuello uterino 20

Detección del cáncer de mama 20

Atención durante el embarazo 20

Cómo inscribir a su recién nacido en DHMC 20

6 Atención médica para niños **21**

Vacunas para niños y adolescentes 21

EPSDT 21

Consideraciones o limitaciones especiales 22

Vacunas contra la gripe 22

Servicios de intervención temprana 22

7 Programas especiales de atención médica **23**

Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades de salud especiales 23

Gestión de casos 23

Gestión de la Utilización de Servicios 24

Médicamente necesario 24

Pautas de práctica clínica 24

ÍNDICE

8 Sus beneficios de DHMC 25

Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice 29

9 Servicios adicionales 30

Servicios de salud mental 30

Transporte 30

NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health 30

Beneficios “integrales” 30

10 Calidad 31

11 Quejas 32

¿Qué es una queja? 32

Qué hacer si tiene una queja 32

Después de presentar una queja 32

Si necesita ayuda para presentar una queja 32

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja 32

12 Apelaciones 33

¿Qué es un aviso de determinación adversa de beneficios? 33

Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios 33

¿Qué es una apelación? 33

Cómo presentar una apelación 33

Cómo presentar una apelación acelerada (rápida) 34

Después de presentar una apelación 34

Cómo extender los plazos de las apelaciones 34

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación 35

Audiencia imparcial estatal 35

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal 35

Defensor del Pueblo de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) 36

Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva 37

FORMULARIOS INCLUIDOS AL FINAL DEL MANUAL:

Formulario de coordinación de beneficios

Formulario de nombramiento de representante personal

Formulario de quejas y apelaciones de los miembros

Letras grandes u otros idiomas

Si necesita este manual en letras grandes, en otros formatos o idiomas, o que se lo lean en voz alta, o necesita una copia, llame al **303-602-2116** o al **1-800-700-8140**.
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
Puede llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., sin costo alguno para usted.

If you speak another **language**, we have free assistance services available in your language. Call **1-800-700-8140** (State Relay 711).

TERMINOLOGÍA

Afección médica de emergencia: afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluso dolor intenso, y que una persona inexperta con un conocimiento promedio de salud y medicina puede razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría tener las siguientes consecuencias:

(1) poner en grave riesgo la salud de la persona o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé;

(2) ocasionar problemas graves en las funciones corporales;

(3) provocar disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.

Apelación: solicitud de revisión de una acción, cuando se pierde la elegibilidad (cobertura), se le niega un beneficio o se está en desacuerdo con cualquier decisión respecto del seguro de salud.

Atención ambulatoria en el hospital: atención que se brinda en un hospital cuando el paciente no pasa la noche en el hospital o atención en la sala de emergencias cuando no es una emergencia.

Atención de enfermería especializada: servicios de atención médica que usted necesita, que solo pueden ser proporcionados o supervisados por una enfermera diplomada u otro profesional con licencia. El médico debe ordenar los servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden ser para mejorar o mantener la salud actual, o para evitar que la salud empeore.

Atención de urgencia: atención médica que se brinda rápidamente ante una enfermedad o lesión que la necesita.

Atención en la sala de emergencias: si lo necesita, puede obtener servicios de emergencia en cualquier departamento de emergencias, en cualquier parte de los Estados Unidos, las 24 horas del día, todos los días del año. Esto incluye ambulancia y atención en la sala de emergencias.

Atención hospitalaria durante internaciones: atención en un hospital cuando el paciente pasa la noche en el hospital.

Atención médica a domicilio: servicios de hospital o establecimiento de enfermería que se brindan en su hogar debido a una enfermedad o lesión.

Autorización previa: también conocida como aprobación previa o remisión; se debe obtener aprobación de un servicio antes de recibirlo.

Cobertura de medicamentos con receta médica: seguro o plan que ayuda a pagar los fármacos y medicamentos con receta médica.

Copago: monto fijo que se paga cuando se obtiene un servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico durable (durable medical equipment, DME): equipo médico reutilizable utilizado cuando hay una necesidad médica de tratamiento o terapia para una enfermedad o afección física. Los ejemplos incluyen oxígeno, sillas de ruedas, andadores y equipo de seguridad para el baño o el dormitorio.

Especialista: proveedor que trabaja en un área de la medicina, por ejemplo, un cirujano.

Médicamente necesario o "necesidad médica": incluye cualquier programa, producto o servicio que se ofrezca en el entorno más adecuado conforme al estado del miembro y que no cueste más que otras opciones de tratamiento igualmente eficaces.

Incluye servicios que prevendrán, diagnosticarán, curarán, corregirán o mejorarán lo siguiente (o se espera razonablemente que lo hagan) y se brindan de manera coherente con los estándares aceptados de la práctica médica:

- dolor y sufrimiento;
- efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad.

Para obtener información sobre las normas de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), consulte la sección 8.280.4.E. del Código de Reglamentaciones de Colorado (Colorado Code of Regulations, CRR) 10 2505-10.

Estos servicios también pueden incluir tratamiento que consista solamente en observación. Los servicios médicamente necesarios no incluyen lo siguiente:

- tratamientos que no han sido probados o que aún están siendo probados;
- servicios o artículos que no son generalmente aceptados como eficaces;
- servicios fuera del curso normal y duración del tratamiento, o servicios que no tienen pautas clínicas;
- servicios para la conveniencia del cuidador o del proveedor.

Medicamentos con receta médica: medicamentos o fármacos que su médico receta (ordena) para usted. Sirven para tratar una afección o enfermedad.

Médico de atención primaria: médico con licencia para practicar medicina u osteopatía en el estado de Colorado o en el estado en el que se presta dicha atención médica.

Plan de salud: grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para brindarle la atención médica que usted necesita.

Plan: grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para brindarle la atención médica que usted necesita.

Prima: costo mensual de la cobertura.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): un médico o una enfermera profesional que lo ayude a estar y mantenerse saludable.

Proveedor no participante: proveedor, centro o vendedor que no acepta brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan.

Proveedor participante: proveedor que es empleado de un contratista, o tiene un contrato con este, para proporcionar servicios médicos a los miembros del contratista.

Proveedor: cualquier médico o grupo de médicos, consultorio médico, hospital, dentista, farmacia, asistente médico, enfermera profesional certificada u otro profesional de atención médica con licencia, certificado o acreditación que haya celebrado un acuerdo de servicio profesional para atender a los miembros del contratista.

Queja: queja formal que puede presentar si no está satisfecho con su servicio o si cree que fue tratado injustamente.

Red: grupo de proveedores contratados para brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan.

Seguro de salud: cubre los costos de los controles o si se enferma.

Servicios de cuidado paliativo: atención que se centra en la comodidad y el apoyo para personas que se encuentran en la etapa final de la vida.

Servicios de emergencia: si lo necesita, puede obtener servicios de emergencia en cualquier departamento de emergencias, en cualquier parte de los Estados Unidos, las 24 horas del día, todos los días del año. Esto incluye ambulancia y atención en la sala de emergencias.

Servicios del médico: servicios de atención médica que brinda o coordina un médico con licencia (Doctor en Medicina o M.D., o Doctor en Osteopatía o D.O.).

Servicios excluidos: enumerados como no cubiertos o excluidos en este manual.

Servicios y dispositivos de habilitación: terapias físicas, ocupacionales y del habla ambulatorias que ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades, y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios están cubiertos para niños y jóvenes de 20 años o menos, y para algunos adultos. Siempre requieren aprobación previa. Hable con su proveedor para saber si reúne los requisitos.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: terapias físicas, ocupacionales y del habla que lo ayudan a recuperarse de una lesión aguda, enfermedad o cirugía.

Transporte médico de emergencia: servicio de ambulancia para una emergencia. Esto incluye ambulancia y atención en la sala de emergencias.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

EMERGENCIAS: LLAME AL 9-1-1	
Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse Advice Line)	303-739-1261
Para programar una cita:	
Línea de citas (Appointment Line)	303-436-4949
Si necesita ayuda, o tiene preguntas o inquietudes:	
Servicios al Miembro	303-602-2116
Número gratuito	1-800-700-8140
TTY	711
Fax	303-602-2138
Para renovar sus medicamentos con receta en una farmacia de Denver Health:	
Servicio de renovación de medicamentos con receta	303-389-1390
Para verificar el estado de su solicitud de autorización de servicio:	
Departamento de Farmacia	303-602-2070
Para aclarar dudas acerca de la inscripción/cancelación de inscripción:	
Health First Colorado Enrollment	303-839-2120
Fuera del área metropolitana de Denver	1-888-367-6557
Para obtener información sobre audiencias imparciales estatales:	
Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts)	303-866-2000
Otros números de teléfono:	
Programa de Asistencia Médica de Colorado	1-800-359-1991
DentaQuest	1-800-278-7310
Departamento de Políticas y Financiamiento de la Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing, HCPF)	1-800-221-3943
Rocky Mountain Poison and Drug Center (Centro para Tratamiento de Intoxicaciones Rocky Mountain)	1-800-222-1222

CONSEJOS RÁPIDOS PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN EN DENVER HEALTH

Denver Health Medicaid Choice es ahora su hogar médico. Usted puede elegir entre las clínicas en el campus principal de Denver Health, 1 de los 9 centros de salud comunitarios o varios centros de salud con base en escuelas para recibir su atención médica. Consulte la lista completa de las ubicaciones de la clínica aquí: http://www.denverhealth.org/for-patients-and-visitors/our-locations.

Hay 3 clínicas de atención de urgencia:

Clínica de Atención de Urgencia para Adultos (Adult Urgent Care) en el campus principal de Denver Health (777 Bannock Street), abierta de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m., y los fines de semana, de 8 a.m. a 8 p.m. En días festivos, el horario de atención es reducido, y puede encontrarlo en http://www.denverhealth.org/medical-services/emergency-services/adult-urgent-care-center.

Clínica de Atención Pediátrica de Urgencia (Pediatrics Urgent Care) en el Campus Principal de Denver Health (777 Bannock Street), abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Clínica de Atención de Urgencia para Adultos y Niños (Adult and Pediatric Urgent Care) en el Centro de Salud de la Familia Southwest (Southwest Family Health Center) en 1339 S. Federal Blvd., abierta de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m., y los fines de semana, de 9 a.m. a 4 p.m.; cerrada en días festivos.

Abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana se encuentran:

La sala de emergencias para niños (777 Bannock Street)

La sala de emergencias para adultos (777 Bannock Street)

Si tiene problemas para encontrar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o si desea cambiar de PCP, llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949**.

Pacientes nuevos:
Si usted no ha sido atendido en una clínica de Denver Health en los últimos 12 meses o si nunca ha visitado una, llame al **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para programar su primera cita.

Pacientes habituales:
Una vez que haya sido examinado en la clínica de Denver Health, usted puede programar una cita en Internet registrándose en MyChart, en https://mychart.denverhealth.org/mychart/, o puede llamar al **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para programar todas sus citas futuras.

Si necesita cancelar su cita, asegúrese de llamar al Centro de Citas de Denver Health para informarles. De ser posible, llame por lo menos un día antes de la fecha de su cita.

A todas sus citas lleve con usted su tarjeta de id. de Denver Health Medicaid Choice y una identificación con foto.

En la mayoría de los casos, usted necesita una remisión de su PCP para ver a un especialista (un proveedor que es experto en una o más áreas de atención médica). Usted no necesita una remisión de un PCP para ver a un especialista en optometría o a un obstetra o ginecólogo.

Llegue a su cita con 15 minutos de anticipación para que tenga tiempo de estacionar y registrarse en la clínica. Hay un estacionamiento gratuito para pacientes en el campus principal en el Delaware Garage en la esquina de las calles 6th y Delaware, y hay estacionamiento medido/de pago en el campus de Denver Health.

Todas las citas pueden hacerse mediante la línea del Centro de Citas de Denver Health. Esto incluye las citas de atención de salud para la mujer, atención primaria, atención especializada y atención oftalmológica. Si tiene problemas para programar su cita, llame a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** o al número gratuito **1-800-700-8140**. **Los usuarios de TTY deben llamar al 711**.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid de DHMC, llame a nuestro **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** o sin costo al **1-800-700-8140**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

¡Gracias por ser miembro de Denver Health Medicaid Choice! ¡Esperamos ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención médica!

¡BIENVENIDO A DHMC!

Bienvenido a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) administrado por Denver Health Medicaid Choice.

DHMC se enorgullece de tenerlo como miembro. Este libro lo ayudará a obtener los servicios que necesite. Es su guía para atención médica.

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea obtener más detalles acerca de la estructura y funcionamiento de DHMC.

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMC. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de proveedores de atención médica que trabajan para DHMC. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos de Denver Health. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en Internet, en https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-provider-directory o puede solicitar un *Directorio de proveedores* en papel llamando a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116**.

Tiene derecho a tener un nuevo *Manual para miembros* y a todos los datos contenidos en este, en todo momento. DHMC proporcionará una copia del *Directorio de proveedores* y del *Manual para miembros* a cualquier miembro que solicite materiales por teléfono o por escrito, dentro de los 5 días hábiles de la solicitud. DHMC está aquí para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este manual, o tiene dudas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Este manual, y toda la demás información para miembros, se encuentra disponible en otros idiomas, en braille, en letras grandes y en cintas de audio. Comuníquese con **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** si necesita este manual o cualquier otra información para miembros en otro idioma o en un formato diferente.

DHMC brinda servicios de interpretación gratuitamente para nuestros miembros en varios idiomas. Si desea utilizar los servicios de un intérprete durante sus visitas a las clínicas, comuníqueselo al representante del **Centro de Citas** al programar su cita al **303-436-4949**. Si desea utilizar los servicios de un intérprete para cualquier otra necesidad de atención médica, comuníquese con Servicios al Miembro.

DHMC también ofrece servicios de TTY para aquellos con impedimentos auditivos. El número de teléfono TTY de Servicios al Miembro es 711. Si usted necesita un intérprete de lenguaje de señas u otro tipo de asistencia durante sus visitas a las clínicas, comuníqueselo al Centro de Citas antes de la fecha de su cita para poder hacer los arreglos pertinentes con un intérprete.

Como miembro de DHMC, usted debe:

- leer este *Manual para miembros*;
- llamar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) cada vez que usted o su hijo necesiten atención médica;
- acudir a las citas con su PCP y con otros proveedores;
- brindar información honesta acerca de su salud cuando se la pidan su PCP o el personal de DHMC;
- colaborar voluntariamente con su PCP;
- usar los proveedores de la red de DHMC para recibir servicios fuera del consultorio del PCP.

Como su plan de salud, nos comprometemos a:

- resolver problemas mediante el trabajo en equipo y la buena comunicación;
- luchar por la excelencia a través de la mejora continua;
- utilizar nuestro tiempo, talento y recursos de manera responsable y eficaz;
- tratar a todos con cortesía, dignidad y respeto.

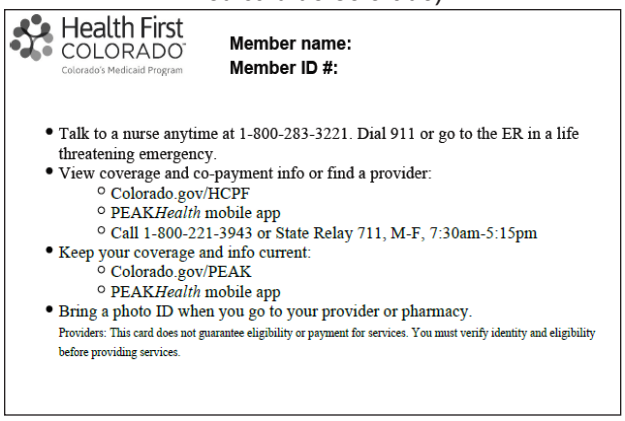
Video de orientación para miembros nuevos

Vea nuestro video de orientación para miembros nuevos para obtener información importante sobre los servicios y beneficios disponibles a través de su plan de Denver Health Medicaid Choice. Encontrará el video en https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice.

Sus tarjetas de id. de DHMC

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMC al visitar a su proveedor o recoger un medicamento en la farmacia, o para obtener cualquier otro servicio de salud. Si no lleva su tarjeta, es posible que no reciba servicios.

Tarjeta de id. de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)



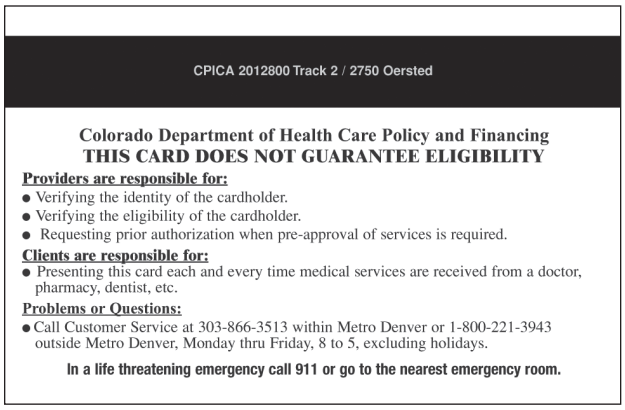
Health First COLORADO
Colorado's Medicaid Program

Member name:
Member ID #:

- Talk to a nurse anytime at 1-800-283-3221. Dial 911 or go to the ER in a life threatening emergency.
- View coverage and co-payment info or find a provider:
  - Colorado.gov/HCPF
  - PEAK*Health* mobile app
  - Call 1-800-221-3943 or State Relay 711, M-F, 7:30am-5:15pm
- Keep your coverage and info current:
  - Colorado.gov/PEAK
  - PEAK*Health* mobile app
- Bring a photo ID when you go to your provider or pharmacy.

Providers: This card does not guarantee eligibility or payment for services. You must verify identity and eligibility before providing services.

Frente



CPICA 2012800 Track 2 / 2750 Oersted

Colorado Department of Health Care Policy and Financing
THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY

Providers are responsible for:
- Verifying the identity of the cardholder.
- Verifying the eligibility of the cardholder.
- Requesting prior authorization when pre-approval of services is required.

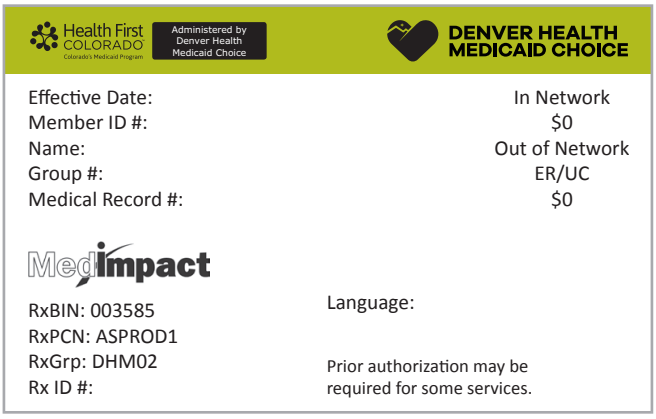
Clients are responsible for:
- Presenting this card each and every time medical services are received from a doctor, pharmacy, dentist, etc.

Problems or Questions:
- Call Customer Service at 303-866-3513 within Metro Denver or 1-800-221-3943 outside Metro Denver, Monday thru Friday, 8 to 5, excluding holidays.

In a life threatening emergency call 911 or go to the nearest emergency room.

Reverso

Tarjeta de DHMC



Health First COLORADO Colorado's Medicaid Program — Administered by Denver Health Medicaid Choice

DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE

Effective Date:
Member ID #:
Name:
Group #:
Medical Record #:

In Network
$0
Out of Network
ER/UC
$0

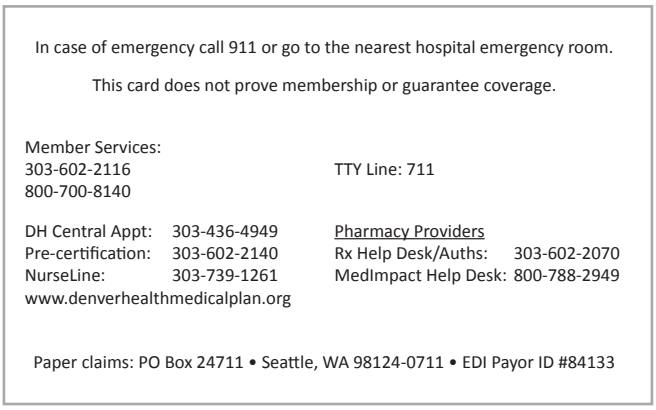
MedImpact

RxBIN: 003585
RxPCN: ASPROD1
RxGrp: DHM02
Rx ID #:

Language:

Prior authorization may be required for some services.

Frente



In case of emergency call 911 or go to the nearest hospital emergency room.

This card does not prove membership or guarantee coverage.

Member Services:
303-602-2116
800-700-8140

TTY Line: 711

DH Central Appt: 303-436-4949
Pre-certification: 303-602-2140
NurseLine: 303-739-1261
www.denverhealthmedicalplan.org

Pharmacy Providers
Rx Help Desk/Auths: 303-602-2070
MedImpact Help Desk: 800-788-2949

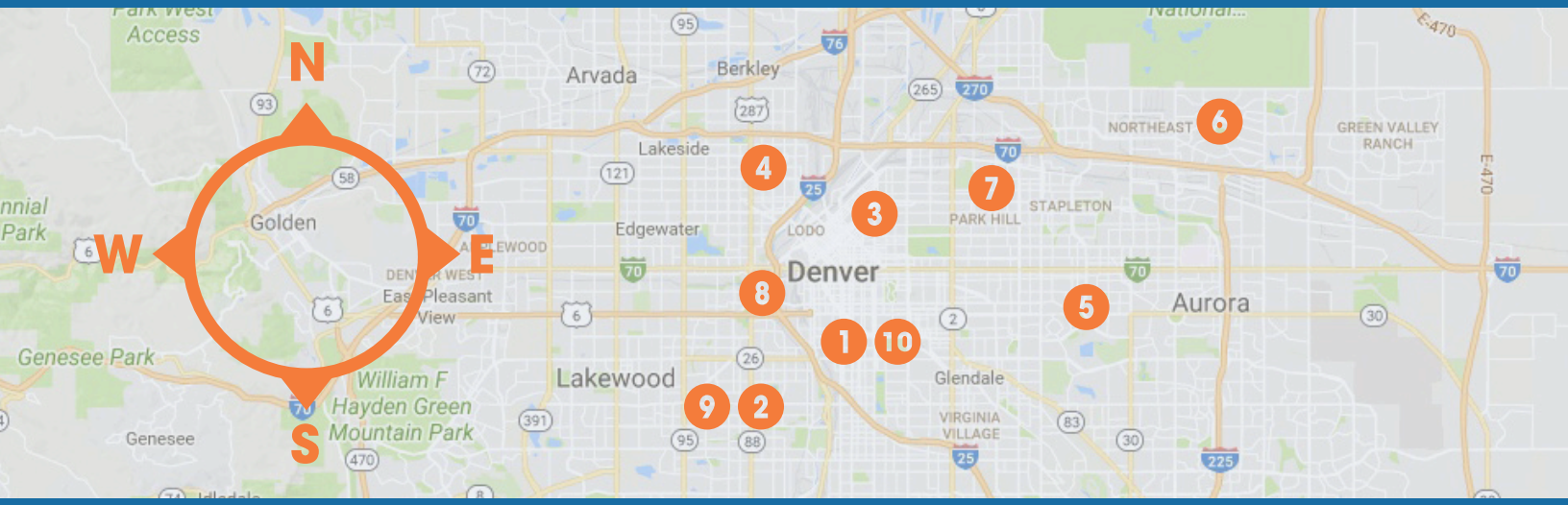
Paper claims: PO Box 24711 • Seattle, WA 98124-0711 • EDI Payor ID #84133

Reverso

Como miembro de DHMC, solo necesita su tarjeta de id. de Denver Health. Debe guardar su tarjeta de Health First Colorado en algún lugar seguro.

>> DÓNDE PUEDE RECIBIR ATENCIÓN

A continuación, hay una lista de las clínicas de Denver Health donde puede recibir atención. Estas clínicas forman parte de la red de DHMC. Usted puede consultar a cualquier proveedor de la red de DHMC (algunos proveedores especialistas requieren una remisión primero; consulte la sección "Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista"). Comuníquese con el **Centro de Citas** llamando al **303-436-4949** si necesita programar una cita para una visita a una clínica. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para satisfacer sus necesidades de atención médica.



1 Wellington Webb Center for Primary Care
301 W. 6th Ave.
℞

2 Federico F. Peña Southwest Family Health Center
1339 S. Federal Blvd.
℞ ✚

3 Gipson Eastside Family Health Center
501 28th St.
℞

4 La Casa/Quigg Newton Family Health Center
4545 Navajo St.
℞

5 Lowry Family Health Center
1001 Yosemite St.
℞

6 Montbello Family Health Center
12600 Albrook Dr.
℞

7 Park Hill Family Health Center
4995 E. 33rd Ave.

8 Sandos Westside Family Health Center
1100 Federal Blvd.
℞

9 Westwood Family Health Center
4320 W. Alaska Pl.
℞

10 Denver Health Medical Center
777 Bannock St.
℞ ✚

Farmacia disponible en esta clínica
℞

Atención de urgencia disponible en esta clínica
✚

Cómo obtener información acerca de los proveedores

Puede llamar al consultorio de su proveedor o a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** para obtener información sobre los proveedores de DHMC.

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (**P**rimary **C**are **P**rovider, PCP) es su proveedor habitual que lo atiende durante las visitas programadas habituales.

¿Por qué es importante su PCP?

Su PCP es el primer paso para recibir atención. Esto significa que su PCP es la persona a quien usted puede consultar primero acerca de toda su atención médica. Su PCP es la persona que:

- Le brinda atención médica, lo cual incluye controles, inyecciones y recetas.
- Lo remite a un especialista o a otros servicios cuando es necesario.
- Lo interna en el hospital cuando es necesario.
- Mantiene sus registros médicos.

Con un PCP, usted tendrá continuidad en la atención. Eso significa que usted no tendrá que explicar sus antecedentes médicos cada vez que necesite atención. Esto es importante, especialmente si usted tiene alergias o inquietudes sobre salud especiales, ya que su médico ya lo conocerá a usted y sus necesidades.

Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC

Usted debe elegir a un PCP o a un hogar médico de inmediato. Usted puede consultar su *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de proveedores y clínicas de DHMC para elegir a su PCP o su hogar médico. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMC u obténgala en Internet, en denverhealth.org/provider-directory.

Usted debe comunicarse con el **Centro de Citas** al **303-436-4949** para conocer qué PCP o qué hogar médico desea consultar para su atención. Si no escoge un PCP o un hogar médico, DHMC le asignará la clínica familiar DH más cercana. En “Dónde puede recibir atención”, hay una lista de todas las clínicas de DH.

Puede cambiar su PCP o su hogar médico en cualquier momento. Llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949** y dígales que necesita cambiar su PCP o su hogar médico.

Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista

Necesita la aprobación (o remisión) de su PCP para consultar a algunos tipos de especialistas (proveedores que son expertos en una o más áreas de atención médica). Una aprobación o una remisión es lo que su PCP utiliza para solicitar la aprobación de DHMC para que usted consulte a determinados especialistas. Es necesario obtener una aprobación de la Administración de la Utilización de Servicios antes de ver a un especialista fuera de DHMC. Si no recibe una aprobación de su PCP o de la Administración de la Utilización de Servicios antes de ver a estos especialistas o de recibir estos servicios, posiblemente deba pagar por la atención médica que reciba.

Usted no necesita una aprobación:

- para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMC;
- para ver a un obstetra o ginecólogo (un proveedor que solamente trata a mujeres debido a razones reproductivas) para exámenes anuales;
- para servicios de planificación familiar o proveedores de planificación familiar (dentro o fuera de DHMC);
- para atención de emergencia o urgencia (dentro o fuera de DHMC);

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más información acerca de las aprobaciones.

Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios

DHMC le comunicará por escrito siempre que haya un cambio significativo (grande e importante) en cualquiera de los siguientes puntos:

- sus derechos a cancelar la inscripción;
- información de proveedores;
- sus derechos y protecciones;
- procesos de queja, apelación o audiencia imparcial estatal;
- Beneficios disponibles para usted a través de DHMC;
- beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMC;
- cómo obtener sus beneficios, incluidos los requisitos de autorización y beneficios de planificación familiar;
- servicios de atención de emergencia, urgencia y posteriores a la estabilización;
- aprobaciones para atención especializada;
- costos compartidos;
- objeciones morales y religiosas.

DHMC le comunicará acerca de estos cambios con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vigencia prevista para estos cambios.

Puede comunicarse con **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** si desea obtener más información acerca de los proveedores que lo atienden, como su título, formación y licencia(s) que posean.

Inscripción y cancelación de inscripción

Ser miembro de DHMC es su opción. Usted puede cancelar su inscripción de DHMC en los siguientes casos:

- Usted es un miembro nuevo de DHMC y ha estado en DHMC durante 90 días o menos.
- Usted se encuentra en su período de inscripción abierta (consulte la sección "Inscripción abierta" de este manual para obtener más detalles).
- Usted pierde su período de inscripción abierta porque perdió su elegibilidad para recibir los beneficios Medicaid durante un período corto de tiempo.

Usted (o DHMC) también pueden solicitar que se cancele la inscripción en DHMC en cualquier momento por las siguientes razones:

- Se muda del área de cobertura de DHMC (Condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver).
- DHMC no es capaz de brindarle servicios debido a cualquier objeción moral o religiosa.
- Usted necesita recibir dos (2) o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no se encuentra cubierto por DHMC, y su proveedor le informa a DHMC que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMC por error.
- Usted siente que la calidad de la atención médica que recibe es pobre, no tiene acceso a los servicios de DHMC ni a los tipos de proveedores que usted necesita, y Health First Colorado está de acuerdo.
- Su PCP abandona la red DHMC.
- Usted es un residente de atención médica institucional a largo plazo (como una residencia para enfermos terminales o un establecimiento de enfermería especializada).
- Su seguro primario es un plan de Medicare que no es uno de los planes de Medicare de Denver Health (y DHMC es su seguro secundario).
- Usted es un menor bajo la custodia del estado.
- Usted se encuentra con atención médica a largo plazo con base en la comunidad (atención médica que recibe en su hogar o en su comunidad).
- Otras razones aprobadas por Health First Colorado.

DHMC posiblemente le solicite que cancele su inscripción en el plan de DHMC. DHMC puede obtener permiso de Health First Colorado para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted ya no es un residente permanente en el área de servicio de DHMC, o si ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMC por noventa (90) o más días consecutivos.
- Lo internan en una institución debido a una enfermedad mental o adicción a las drogas.
- Lo alojan en una institución correccional (cárcel, prisión).
- Usted posee cobertura de salud aparte de Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado).
- Usted se encuentra en un plan de Medicare u otro plan de salud que no es un plan de DHMC.
- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño o recibir los beneficios de Medicare.
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMC intencionalmente acerca de usted mismo, y dicha información afecta su condición de inscripción.
- Cualquier otra razón dada por DHMC y con la que el Health First Colorado esté de acuerdo.

Su proveedor puede solicitarle que cancele su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted falta continuamente a las citas que programa para consultar a su proveedor.
- No respeta el plan de tratamiento que acordaron usted y su proveedor.
- No respeta, como miembro, las reglas de DHMC (listadas como "Sus responsabilidades" en este manual).
- Es abusivo con sus proveedores, el personal de DHMC u otros miembros de DHMC.

DHMC debe darle una (1) advertencia verbal antes de que pueda solicitar la cancelación de su inscripción por estas razones. Si continúa con su comportamiento, DHMC le enviará una notificación por escrito. La advertencia por escrito lo notificará acerca de la razón de la advertencia. También le comunicará que se cancelará su inscripción en DHMC si continúa con su comportamiento.

Si usted es abusivo con su proveedor, el personal de DHMC u otros miembros de DHMC, DHMC le dará una advertencia verbal y posiblemente cancelará su inscripción sin enviar una carta de advertencia.

Para inscribirse o cancelar su inscripción en DHMC debe comunicarse con Health First Colorado Enrollment al **1-888-367-6557**.

Inscripción abierta

Tiene un plazo de dos (2) meses (los 2 meses anteriores a su mes de cumpleaños) para cambiarse de DHMC a un plan de salud diferente por cualquier motivo. Este plazo se conoce como período de inscripción abierta.

DHMC le enviará una carta recordatoria cuando se encuentre en su período de inscripción abierta. Durante este tiempo usted puede optar por permanecer en DHMC o elegir un plan de salud diferente.

¿Cuándo no puede ser miembro de DHMC?

Usted no puede recibir servicios a través de DHMC cuando:

- Usted pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).
- Se muda de Colorado durante más de treinta (30) días.
- Se une a otro plan de salud.
- Se muda a un condado fuera del área de cobertura de DHMC (condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson).

Otro seguro

Si, actualmente, usted tiene otro seguro de salud o más tarde se inscribe en otro plan de seguro de salud, debe notificar a DHMC llamando a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** o completar el formulario que aparece al final de este manual y enviarlo al domicilio que se menciona en el formulario. Puede encontrar formularios adicionales en Internet en https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordination-benefits. Su inscripción en un plan de salud integral distinto de DHMC puede hacer que se cancele su inscripción en DHMC.

Facturas médicas

DHMC paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMC. Posiblemente deba pagar por un servicio si DHMC no lo cubre o si lo brinda un proveedor fuera de la red de DHMC sin obtener la aprobación primero (ver "Cómo conseguir una aprobación o una remisión para ver a un especialista" para obtener más información). Comuníquese con Servicios al Miembro si recibe una factura de un proveedor.

Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación

La mayoría de los proveedores de atención médica que trabajan con Health First Colorado son honestos. Por desgracia, posiblemente algunos no lo sean. Health First Colorado trabaja para protegerlo a usted. El fraude a Health First Colorado sucede cuando se cobra a Health First Colorado por servicios o suministros que usted nunca recibió. Cada año, Health First Colorado pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención médica sea más cara para todos.

Estos son ejemplos de posibles fraudes a Health First Colorado:

- Un proveedor de atención médica le cobra a Health First Colorado servicios que usted nunca obtuvo.
- Un proveedor de suministros le cobra a DHMC por un equipo diferente al que usted recibió.
- Alguien utiliza la tarjeta de Health First Colorado de otra persona para obtener atención médica, suministros o equipos.
- Alguien le cobra a Health First Colorado por equipos médicos a domicilio después de que estos han sido devueltos.
- Una empresa utiliza información falsa para engañarlo a que se una a un plan de Health First Colorado.

Si cree que un plan o proveedor de Health First Colorado lo ha engañado, llame a la **Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit, SIU)** de **DHMC** al **303-602-9400** o envíe un correo electrónico a complianceDHMP@dhha.org.

Guarde los comprobantes de pago que le den los proveedores cuando reciba servicios de atención médica. Use sus comprobantes de pago para controlar si hay errores. Esto incluye cualquier registro que liste los servicios que recibió o los pedidos de medicamentos que presentó. Esto es lo que puede hacer si sospecha de fraude en la facturación:

1. Comuníquese con su proveedor de atención médica para asegurarse de que el comprobante de pago esté correcto.

2. Llame a la **Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit) de DHMC** al **303-602-9400**.
3. Comuníquese con el **Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing) de Colorado** llamando al **303-866-2993** o al **1-800-221-3943**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-659-2656**.
4. Comuníquese con la **línea directa del Inspector General** llamando al **1-800-447-8477**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-377-4950**. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov.

¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?

- si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos de América;
- si consulta a ciertos proveedores o especialistas sin la aprobación de DHMC o su PCP;
- si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto;
- si no respeta las reglas de la farmacia;
- si hay un fraude o el servicio va en contra de la ley.

Si necesita ayuda para decidir si un servicio o un proveedor se encuentra cubierto por DHMC, comuníquese con Servicios al Miembro.

¿Cuándo no debe pagar por los servicios?

Si un proveedor no obtiene la aprobación de DHMC cuando usted recibe servicios, no puede solicitarle que pague por dichos servicios. Los proveedores no pueden hacerle pagar porque no recibieron el pago por parte de DHMC por los servicios que usted recibió.

Planes de incentivos para médicos

DHMC no utiliza un Plan de incentivos para médicos. Esto significa que DHMC no les paga más dinero a los proveedores para que usted reciba menos servicios de atención médica ni les paga menos dinero a los proveedores que le brinden más servicios de atención médica. Si desea más información sobre esto, llame a Servicios al Miembro.

Lesiones o enfermedades causadas por terceros

Un tercero puede causarle lesiones o enfermedades. El tercero que le causó una lesión o enfermedad ("parte responsable") podría ser otro conductor, su empleador, una tienda, un restaurante u otra persona. Si un tercero le causa una lesión o enfermedad, usted acepta que:

- Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice puede cobrarle los beneficios directamente a la parte responsable o a la compañía de seguros de la parte responsable.
- Usted comunicará a DHMC, dentro de los 30 (treinta) días de haberse lesionado o enfermado, si la lesión o enfermedad fue causada por un tercero.
- Los nombres de la parte responsable y la compañía de seguros de la parte responsable.
- El nombre del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
- Usted o su abogado notificarán a la compañía de seguros de la parte responsable que:
  - » DHMC ha pagado o está en el proceso de pagar sus facturas médicas.
  - » La compañía de seguros debe comunicarse con DHMC para discutir el pago a DHMC.
  - » La compañía de seguros debe pagarle a DHMC antes de pagarle a usted o a su abogado.
  - » Ni usted ni su abogado deben llegar a un acuerdo con la compañía de seguros para que no pague por completo a DHMC.
  - » Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía de seguros hasta que DHMC haya recibido la totalidad del pago. Esto se aplica incluso si la referencia al dinero del seguro que se abonará se realiza en concepto de daños por dolor y sufrimiento, sueldos perdidos o cualquier otro daño.
- Si la compañía de seguros le paga a usted o a su abogado y no a DHMC, usted o su abogado tendrán que pagarle a DHMC hasta haber saldado la deuda por los beneficios. DHMC no abonará los honorarios de su abogado ni los costos en los que se haya incurrido para cobrar el dinero del seguro.
- DHMC tendrá una retención automática (el derecho a cobrar) sobre cualquier dinero del seguro que la compañía de seguros le deba a usted o que haya sido pagado a su abogado. DHMC podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
- DHMC le dará a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMC necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar un permiso para proveer los registros de DHMC a la compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualesquiera otros papeles que ayuden a DHMC a recibir su pago.

- Usted y su abogado le proveerán a DHMC cualquier información acerca de su reclamo contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMC acerca de cualquier acuerdo con, o demandas contra, la parte responsable y la compañía de seguros del tercero.
- Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMC para cobrar por parte de la compañía de seguros los beneficios pagados.
- Usted le deberá a DHMC cualquier dinero que DHMC sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted accede a pagar a DHMC cualquier cuota y honorarios de abogados que DHMC deba pagar para poder cobrarle este dinero a usted. Si usted o su abogado no colaboran, o interfieren en el cobro de los beneficios pagados por DHMC, DHMC se comunicará con el estado de Colorado y solicitará la cancelación de su inscripción en DHMC por esta causa y que se le inscriba en el plan Medicaid Fee-for-Service.
- DHMC no pagará ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por un tercero o por la compañía de seguros.
- Usted debe respetar las reglas de la otra compañía de seguros para que paguen sus facturas médicas. DHMC no pagará ninguna factura médica que la otra compañía de seguros no haya pagado debido a que usted no respetó sus reglas.

En caso de preguntas, comuníquese con el **Departamento de Servicios al Miembro** llamando al **303-602-2116**.

¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?

Las instrucciones médicas anticipadas (o instrucciones, para abreviar) son instrucciones específicas, hechas de antemano, que se utilizan para su atención médica si usted es incapaz de hacerlo debido a una enfermedad, una lesión o una afección que pone en riesgo la vida. Mediante estas instrucciones, también se puede nombrar a alguien (autorizarlo) para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas (o no puede decirle a alguien que las tome).

Las instrucciones solo se utilizan cuando un paciente es incapaz de hacer conocer sus deseos. **No es obligación que usted cree unas instrucciones médicas anticipadas.** Usted no será tratado de manera diferente por parte de DHMC por tener o no instrucciones anticipadas.

Completar instrucciones de forma 'anticipada' ayuda a proteger sus derechos de recibir la atención y los servicios que usted quiere. Les dice a sus proveedores médicos qué tipo de atención usted desea o no recibir. Los formularios pueden ser fáciles de completar, pero la información puede ser confusa y debe ser pensada con mucho cuidado. Es importante que hable con familiares y con profesionales legales, de la salud u otros antes de firmar cualquier documento.

Estos son algunos tipos de formularios de instrucciones médicas anticipadas:

- **Testamento en vida:** Este formulario les dice a los proveedores médicos qué tipo de atención usted quiere o no recibir en situaciones en las que su vida está en riesgo.
- **Poder notarial permanente sobre la atención médica (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA)**: Este formulario le permite nombrar (autorizar) a alguien para que tome las decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Cinco deseos**: Este formulario le permite pensar en "cinco deseos" o áreas de atención, y tomar decisiones que sean las mejores para usted.

Una vez que haya pensado acerca de sus deseos, escríbalos en uno de los formularios en https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-forms-documents-links y avíseles a los demás. Asegúrese de que se agregue el formulario completo a su registro médico. Guarde copias en su casa y asegúrese de que aquellos que usted haya nombrado también tengan una copia. Revise sus deseos de vez en cuando para recordarles a todos y mantener los formularios al día.

Si existe un motivo por el cual su médico u otros proveedores no pueden llevar a cabo los deseos registrados en sus instrucciones anticipadas, se le informará por escrito. Denver Health también lo ayudará a encontrar un nuevo proveedor, de ser necesario, quien le dará la atención que usted desea tener. Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública y Medioambiente (Department of Public Health and Environment) de Colorado, si usted siente que sus instrucciones médicas anticipadas no se siguen.

Colorado Department of Public Health and Environment
4300 Cherry Creek Drive South
Denver, CO 80246-1530

303-692-2000 o **1-800-866-7689** (dentro del estado). Los usuarios de TTY **deben llamar al 303-691-7700.**

Si desea más información acerca de las instrucciones anticipadas, puede llamar a su proveedor de atención médica o a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116**. También puede obtener más información de su trabajador social, de las agencias de la comunidad o de profesionales del derecho.

Representante para tomar decisiones

Los adultos tienen el derecho de tomar sus propias decisiones médicas. Si usted tiene una enfermedad, una lesión o una lesión que pone en riesgo su vida, y no puede tomar sus propias decisiones, los médicos y otros proveedores médicos verificarán si usted tiene una instrucción médica anticipada en su registro médico. De ser así, ellos seguirán los deseos que usted expresó en la instrucción médica anticipada.

Si no completó una instrucción médica anticipada, la ley de Colorado permite que un representante tome las decisiones actuando en su nombre. Un "representante" es alguien que se designa para tomar decisiones sobre los servicios y la atención que usted recibe si no puede comunicarlas usted mismo a su médico. Un representante puede ser cualquier adulto competente que tenga una relación con usted como su cónyuge (esposo/esposa), un padre, un hijo adulto, un hermano o, incluso, un amigo cercano. Un representante puede tomar decisiones médicas por usted, pero solo cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo. Una vez que usted pueda comunicar sus deseos a los proveedores de atención médica, ya no es necesario un representante.

Uso de un representante personal designado (DPR)

Usted puede designar a alguien para que esté a cargo de su atención médica. Este es un representante personal designado. Usted puede designar a un amigo, un familiar, un proveedor o a quien quiera para que sea su DPR. Un DPR velará por sus intereses cuando usted no pueda tomar decisiones por usted mismo respecto a la atención médica. Usted debe informar a DHMC por escrito si designa a un DPR. En la carta, se debe incluir el nombre, el domicilio y el número de teléfono del DPR para que DHMC sepa a quién llamar cuando sea necesario. Al final de este manual, hay una copia del formulario para designar un DPR. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener una copia.

Privacidad

Su privacidad es muy importante. Usted puede confiar en que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad. Esto incluye información del miembro como la edad, la raza/grupo étnico, el idioma y demás información personal de contacto. DHMC respetará sus instrucciones por escrito, procedimientos y leyes acerca de la privacidad de sus registros. La información del miembro y sus registros médicos solo se utilizarán para su tratamiento y la calidad de su atención médica. No brindaremos esta información a nadie sin su permiso.

Cuando usted reciba servicios en una clínica de Denver Health, se le proveerá una descripción completa de las Prácticas de Privacidad de DHMC. También puede llamar a Servicios al Miembro para pedir una copia de las prácticas de privacidad, sin costo para usted.

Formar parte del Comité Asesor del Consumidor

El Comité Asesor del Consumidor de DHMC es un grupo formado por personal, miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMC que se reúnen regularmente para hablar sobre el Plan de DHMC. Llame a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** para formar parte del Comité Asesor del Consumidor de DHMC.

Boletín informativo para miembros de DHMC

Como miembro de DHMC, usted recibirá los boletines informativos de DHMC durante el año. Todos los boletines contendrán información importante de DHMC. Los boletines le informarán acerca de cualquier cambio en el plan o sobre proveedores, próximos acontecimientos, consejos de salud y más.

2 SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos

Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice brinda acceso a la atención médica para todos sus miembros. No discriminamos por motivos de religión, raza, nacionalidad, color, ascendencia, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni edad.

Brindamos atención a través de un equipo que incluye a su proveedor, a DHMC, a otros empleados de atención médica y a usted, nuestro miembro. DHMC se compromete a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMC, usted tiene los siguientes derechos:

- A que se le proporcionen servicios de atención médica de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.
- A ser tratado con respeto y con consideración en lo que respecta a su dignidad y privacidad.
- A obtener información de su proveedor acerca de todas las alternativas y opciones de tratamientos para su afección de salud de manera que tenga sentido para usted.
- A participar en las decisiones respecto de su atención médica, incluso el derecho a rechazar tratamiento.
- A recibir una segunda opinión (que otro proveedor analice su caso) sin costos para usted. DHMC programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMC no está disponible.
- A establecer instrucciones anticipadas.
- A que su proveedor le brinde información detallada acerca de las instrucciones anticipadas y a ser informado desde el principio si su proveedor no puede respetar sus instrucciones anticipadas debido a sus creencias.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. (Esto significa que los proveedores y el personal de DHMC no podrán retenerlo en contra de su voluntad como castigo, hacer que usted haga algo que ellos quieran o vengarse por algo que usted haya hecho).
- A recibir servicios de atención médica de proveedores dentro de los plazos establecidos por las normas de citas de DHMC (en este manual).
- A consultar proveedores que lo hagan sentir cómodo y que satisfagan sus necesidades culturales.
- A utilizar cualquier hospital u otra instalación para servicios de atención de emergencia o urgencia. Los servicios de atención de emergencia y urgencia no requieren aprobación previa ni remisión.
- A obtener los servicios disponibles y accesibles en virtud del Contrato.
- A recibir servicios de atención médica fuera de la red de Denver Health si usted no puede recibirlos en la red de Denver Health (DHMC primero debe aprobar los servicios de atención que no sean de emergencia o urgencia).
- A recibir servicios de planificación familiar directamente de cualquier proveedor de planificación familiar, dentro o fuera de la red de DHMC, sin aprobación de DHMC o remisión.
- A solicitar una copia de sus registros médicos y a solicitar que se enmienden o corrijan.
- A presentar una queja, una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal.
- A unirse al Comité Asesor del Consumidor de DHMC.
- A obtener información completa sobre beneficios de DHMC. Esta información incluye servicios cubiertos; cómo recibir todo tipo de atención, como atención de emergencia; información detallada sobre los proveedores y sus derechos a cancelar la inscripción.
- A hacer uso de sus derechos arriba mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMC, los proveedores de la red o la agencia estatal.

Sus responsabilidades

DHMC desea brindarle a cada miembro una atención médica sobresaliente y una experiencia grata cada vez que acudan a Denver Health. Por eso esperamos que nuestros miembros, nuestro personal y nuestros proveedores se traten unos a otros con dignidad y respeto.

Como miembro de DHMC, usted es también responsable de lo siguiente:

- seleccionar a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un hogar médico que se encuentre en la red de Denver Health;
- respetar todas las reglas que se definen en este *Manual para miembros*;
- obtener una aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista (a menos que no se necesite una);
- respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMC;
- llamar al Centro de Citas de Denver Health para cambiar su PCP;
- pagar por cualquier atención médica que reciba sin la remisión de su PCP (a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia o urgencia, o si son beneficios “integrales”);
- pagar por cualquier servicio no cubierto por DHMC o Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado);
- comunicar a DHMC acerca de cualquier otro seguro que tenga además de Health First Colorado;
- llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla;
- actualizar su domicilio cuando se mude.

3 CÓMO OBTENER ATENCIÓN

Atención de emergencia

Se considera que un problema de salud es una emergencia cuando puede causar la muerte o lesiones serias, o si produce dolor intenso.

Un servicio de emergencia es cualquier servicio que reciba de un proveedor de una sala de emergencias que sea necesario para atender un problema de salud de emergencia. Si tiene una emergencia llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención médica cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia. El proveedor que atienda la emergencia le hará un examen médico para decidir si su afección es una emergencia. Si usted cree que al no recibir atención médica de inmediato podría ocurrir lo siguiente:

- Su salud o la salud de su hijo por nacer estarían en riesgo.
- Su cuerpo podría no funcionar correctamente.
- Un órgano o alguna parte de su cuerpo podrían no funcionar correctamente.

DHMC no se negará a proporcionarle servicios de emergencia si el proveedor no se comunica con DHMC en un plazo determinado de días.

La atención médica de estabilización es la atención médica que recibe después de una emergencia para estabilizar su salud. DHMC cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencias, urgencias y estabilización no necesitan una aprobación previa por parte de DHMC. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención que reciba que no sea atención de emergencia, urgencia, estabilización o planificación familiar debe ser provista por un proveedor de Denver Health.

Comuníquese con **NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261** si necesita atención médica fuera del horario habitual de atención (después de que haya cerrado el consultorio de su proveedor). La enfermera puede ayudarlo a decidir si necesita consultar a un proveedor, acudir a una sala de emergencias o brindarle consejos de salud si no está seguro de qué hacer.

Atención de urgencia

A veces usted necesita atención de urgencia cuando necesita ser atendido rápidamente, pero no es una emergencia. Si tiene necesidad de atención de urgencia, puede acudir al centro de atención de urgencias más cercano o llamar a:

- Su PCP.
- **NurseLine (línea de enfermería) de DHMC** al **303-739-1261**. Esta línea puede comunicarlo con una enfermera de DHMC durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La enfermera de DHMC puede ayudarlo a decidir si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia.

No necesita la aprobación de DHMC para acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Usted puede ver a un proveedor de atención de urgencia incluso si su proveedor se encuentra fuera de la red de DHMC.

Denver Health cuenta con clínicas de atención de urgencias pediátricas (para niños) y para adultos en el campus principal del hospital de Denver Health (777 Bannock Street). Estas clínicas se encuentran abiertas de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 10:00 p.m. y los fines de semana de 10:00 a.m. a 9:00 p.m. Puede acudir a las clínicas de atención de urgencia de Denver Health, pero no tiene que hacerlo. Siempre acuda al centro de atención de urgencia más cercano cuando tenga una necesidad de atención médica de urgencia.

Atención posterior a la estabilización

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos que recibe después de una afección médica de emergencia y una vez estabilizado. Un proveedor puede brindarle atención posterior a la estabilización para mantenerlo estabilizado o para mejorar o resolver su problema de salud. DHMC pagará por su atención posterior a la estabilización si se encuentra en Denver Health. Si se encuentra en el hospital de Denver Health debido a una emergencia, su atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMC.

Cuando un proveedor de un hospital que no sea Denver Health le brinde servicios de atención posterior a la estabilización y DHMC no los haya aprobado, aun así DHMC debe pagar por los servicios si:

- El proveedor en el hospital que no es de Denver Health solicita a DHMC la aprobación de sus servicios de atención posterior a la estabilización, y DHMC no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una (1) hora.

- No se puede comunicar con DHMC.
- DHMC y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento y un médico de la iniciativa de atención administrada limitada no está disponible para la consulta.

Si usted recibe servicios de atención posterior a la estabilización en un hospital que no sea Denver Health y estos no fueron preaprobados por DHMC, pero de todas formas DHMC paga por ellos debido a las razones antes mencionadas, DHMC pagará por los servicios hasta que suceda una de estas cosas:

- Que un proveedor de DHMC que también trabaje en un hospital que no sea Denver Health se haga responsable de su atención médica.
- Que el proveedor del hospital que no sea de Denver Health le comunique a DHMC que se encuentra lo suficientemente saludable como para ser derivado, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health y un proveedor de DHMC se haga cargo de usted.
- DHMC y el proveedor del hospital que no sea Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.
- O bien, el proveedor que no pertenece a Denver Health decide que se le puede dar el alta del hospital que no pertenece a Denver Health.

Cuando el proveedor del hospital que no sea de Denver Health decida que usted se encuentra "estable" (lo que significa que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido a Denver Health para recibir el resto de su atención médica), DHMC trabajará para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. Denver Health DHMC seguirá cubriendo su atención médica cuando sea transferido al hospital de Denver Health. Si usted se niega (dice no) a este traslado, usted tendrá que pagar por el resto de la atención que reciba en el hospital que no es de Denver Health. No se le cobrará más de lo que DHMC cobraría por los servicios proporcionados por DHMC.

Atención preventiva y de rutina

Usted necesita inmunizaciones, vacunas, controles y visitas regulares a un proveedor para gozar de buena salud. Recibir atención de rutina es una buena manera de que su PCP haga un seguimiento de su salud. Usted debería recibir atención de rutina y preventiva para que su PCP le pueda ayudar a no enfermarse y también a tratar cualquier señal temprana de enfermedad antes de que esta empeore. Si hay otros tipos de servicios sobre los cuales tiene dudas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Cómo programar una cita

Debe llamar al **Centro de Citas** al **303-436-4949**. Si usted necesita un intérprete o servicios de TTY cuando visita a su proveedor, comuníqueselo al representante del Centro de Citas al programar la suya.

Obtendrá una cita lo más rápido posible, pero no más tarde que los tiempos listados en la tabla de normas para citas que figura a continuación:

Normas para citas de DHMC

Tipo de atención	Normas para citas
Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Urgencia	Dentro de las 24 horas de su llamada
Visitas de bienestar no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 30 días
Visitas de atención no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 7 días
Visita de bienestar	Dentro de 1 mes* * A menos que se requiera una cita con anticipación para garantizar la realización de pruebas de diagnóstico en virtud del programa Bright Futures aceptado por el Departamento.

Farmacia

Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMC con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMC pague por su receta. Si su proveedor de Denver Health emite una receta, usted puede obtener sus medicamentos con receta en las farmacias de Denver Health que se mencionan a continuación:

Línea central de farmacia y de solicitud de renovaciones (Refill Request and Central Pharmacy Call Line) de Denver Health
303-389-1390

Primary Care Pharmacy (Webb)
301 W. 6th Ave.
Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy
501 28th St.
Denver, CO 80205

Westside Pharmacy
1100 Federal Blvd.
Denver, CO 80204

Southwest Pharmacy
1339 S. Federal Blvd.
Denver, CO 80219

Public Health Pharmacy
605 Bannock St.
Denver, CO 80204

La Casa Pharmacy
4545 Navajo St.
Denver, CO 80211

Lowry Pharmacy
1001 Yosemite St.
Denver, CO 80230

Montbello Pharmacy
12600 Albrook Dr.
Denver, CO 80239

Para saber el horario de atención de la farmacia de Denver Health, visite https://www.denverhealth.org/services/pharmacy.

También puede llevar sus recetas a cualquier otra farmacia que acepte el seguro de DHMC. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el seguro de DHMC, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens. Puede visitar el sitio en Internet https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy y usar el enlace 'Pharmacy Locator' (Localizador de farmacias) para encontrar una farmacia cercana a usted.

Cuando usa las farmacias de Denver Health, puede ordenar sus medicamentos con receta llamando a la **Línea de solicitud de renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health** al **303-389-1390** o visitando https://mychart.denverhealth.org/MyChart/. También puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco (5) días hábiles antes de que se acabe su medicamento con receta. Si su proveedor le indica tomar sus medicamentos con receta de manera diferente a la especificada en las instrucciones del envase del medicamento, comuníqueselo a su farmacia. La farmacia puede necesitar tiempo extra para hablar con su proveedor a fin de obtener una nueva receta o un permiso para surtir su receta en forma anticipada. Para obtener más información acerca de cómo renovar sus medicamentos con receta, visite el sitio web de DHMC.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta fuera del horario habitual de su plan, llame al **Departamento de Atención al Cliente de MedImpact (MedImpact Help Desk)** al **1-800-788-2949**.

Es buena idea obtener sus medicamentos con receta en la misma farmacia. Si obtiene sus medicamentos con receta en Denver Health, sus proveedores podrán revisar sus registros médicos para obtener una lista de sus medicamentos. Si usted obtiene sus medicamentos con receta fuera de Denver Health, debe comunicarle a sus proveedores porque las farmacias fuera de Denver Health no actualizan los registros médicos de DHMC.

DHMC cuenta con una lista de medicamentos cubiertos. A esta lista se la conoce como *Formulario de medicamentos*. Si su proveedor escribe una receta para un medicamento que no se encuentra en el formulario, puede haber otro medicamento en el formulario que se ajuste de la misma manera a sus necesidades. Su proveedor puede decidir si un medicamento del formulario es bueno para usted. Si su proveedor no quiere cambiar el medicamento, tendrá que completar un formulario de autorización previa y explicarle a DHMC por qué se necesita ese medicamento. DHMC les informará a usted, su proveedor y su farmacia si pagará o no por el medicamento.

Si su proveedor le da muestras de medicamentos para comenzar el tratamiento, averigüe si el medicamento está en el formulario. Si usted toma las muestras de medicamentos antes de solicitarle a DHMC que pague el medicamento primero, no significa que DHMC pagará por ese medicamento que no está en el formulario.

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Estos incluyen medicamentos para los siguientes fines:

- uso cosmético (productos antiarrugas, para la remoción de vello y crecimiento del cabello);
- suplementos alimentarios que no están en el *Formulario de medicamentos* (vitaminas, productos a base de hierbas, etc.);
- infertilidad (para asistir a mujeres para quedar embarazadas);
- pigmentación/despigmentación (para cambiar el color de la piel);
- rendimiento/disfunción sexual (Viagra, Cialis, Levitra, etc.);
- aparatos o dispositivos terapéuticos que no están en el *Formulario de medicamentos* (máquinas que se utilizan para la salud);
- bajar de peso;

- tratamientos experimentales o en investigación (medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos).

Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los medicamentos de venta libre que están en el formulario solo se pueden obtener en farmacias de Denver Health.

Usted puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se usan para tratar una afección o un síntoma crónicos de una enfermedad crónica.

Para averiguar si puede obtener un suministro para 90 días de su medicamento, visite https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy y, luego, haga clic en "Formulary Search" (Búsqueda en el formulario) o llame a Servicios al Miembro. Necesitará pedirle a su proveedor que le escriba una receta para un suministro para 90 días. La farmacia no puede darle un suministro para 90 días sin el permiso de su proveedor. La farmacia siempre puede darle menos de lo que solicitó el proveedor, pero nunca más. Si su proveedor escribió una receta para un suministro para 90 días, la farmacia igual puede darle un suministro para 30 días si usted lo solicita.

Pharmacy Retail by Mail

DHMC ofrece Pharmacy Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo de Denver Health). Pharmacy Retail by Mail le permite ahorrar tiempo ya que le envía a su casa sus medicamentos con receta para un suministro para 90 días. Gracias a que Pharmacy Retail by Mail le entrega recetas para un suministro para 90 días, usted solamente necesitará renovar sus medicamentos con receta cuatro (4) veces al año.

Los medicamentos que están cubiertos por DHMC tienen un costo de $0. Usted no necesita dejar una tarjeta de crédito registrada si solo desea que Pharmacy Retail by Mail le envíe a su casa medicamentos que están cubiertos por DHMC. Si su domicilio cambia, llame al **Servicio al Cliente de la Farmacia** al **303-602-2326** o complete un FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN y envíelo a **500 Quivas Street, Suite A, Denver, CO 80204**. Asegúrese de marcar debidamente el formulario para indicar el cambio de domicilio. La farmacia solo puede enviarle sus medicamentos con receta dentro del estado de Colorado.

El programa Retail by Mail de Denver Health no provee sustancias controladas ni medicamentos de especialidad. Para renovar medicamentos con receta y recibirlos por correo, llame a la **Línea de solicitud de renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health** al **303-389-1390**.

Puede usar su farmacia local para que le envíen por correo medicamentos de mantenimiento, siempre y cuando sea parte de la red de farmacias de DHMC. Consulte en su farmacia si ofrecen el servicio de envíos de medicamentos con receta por correo.

Para obtener información acerca de sus beneficios de farmacia, visite https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy.

En este sitio web, usted puede:

- Hacer clic en el enlace Formulary/Drug List (Formulario/Lista de medicamentos) para ver la lista de medicamentos cubiertos (el *Formulario de medicamentos*). Este enlace también explica las restricciones del *Formulario de medicamentos*, los límites o cuotas, cómo su proveedor puede solicitar una autorización previa o una excepción, y el proceso de su plan para realizar sustituciones de genéricos, intercambios terapéuticos y terapias escalonadas. Estos pasos en conjunto se denominan procedimientos de gestión farmacéutica.
  - El enlace Formulary Search (Búsqueda en el formulario) también puede utilizarse para buscar un medicamento en el formulario.
  - El enlace Over the Counter (OTC) Formulary/Drug List (Formulario/Lista de medicamentos de venta libre) le mostrará la lista de medicamentos de venta libre cubiertos. Estos medicamentos se cubren solamente cuando se obtienen en una farmacia de Denver Health.
- Haga clic en el enlace Pharmacy Locator (Localizador de farmacias) para encontrar una farmacia cerca de donde se encuentre usted.
- Haga clic en el enlace Pharmacy Portal/Drug Information (Portal de farmacias/Información sobre los medicamentos) (se registra con su id. de miembro para iniciar sesión) para buscar interacciones entre medicamentos y efectos secundarios comunes.
- Para obtener una lista de autorizaciones previas, lo que también se conoce como solicitud de excepción, visite https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy-prior-authorization-par-exception-request-form.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de farmacia, llame a **Servicios al Miembro** al **303-602-2116** o al **1-800-700-8140**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

4 CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA CUANDO SE ENCUENTRE LEJOS DE SU HOGAR

Cuando se encuentre fuera del área de Denver, recibirá cobertura solo para los servicios de atención de emergencia y de urgencia.

Si se encuentra fuera del área de Denver y necesita atención de emergencia o urgencia, acuda a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia más cercano.

Si la sala de emergencias o el centro de atención de urgencia deciden que deben internarlo en un hospital, comuníquese con la **línea de Hospitalización fuera de la red de DHMC** llamando al **303-602-2162** tan pronto como sea posible e infórmenos sobre su hospitalización. DHMC se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención médica que necesite. Cuando su salud sea lo suficientemente buena, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMC lo transfiera a Denver Health. Si usted se niega ser transferido a Denver Health, tal vez deba pagar por el resto de los servicios que reciba en el otro hospital.

Usted podrá ser responsable del pago de los servicios de atención recibidos si no son servicios de atención de emergencia o urgencia. Usted debe obtener una aprobación previa antes de recibir otros servicios médicos cuando se encuentre fuera del área de Denver.

Usted no posee beneficios de atención médica fuera de EE. UU. Esto incluye Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes de EE. UU. o Samoa Americana.

Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar

Solicite una renovación temprana antes de viajar. Usted puede obtener medicamentos con receta en las principales cadenas de farmacias en todo Colorado que acepten el seguro de DHMC. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMC consigo para mostrársela al farmacéutico. Los medicamentos con receta obtenidos fuera de Colorado solo se cubren en situaciones de urgencia o emergencia. Los medicamentos con receta obtenidos fuera de Colorado solo se cubren en situaciones de urgencia o emergencia, por un suministro máximo para 3 días.

5 ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MUJER

Consultar a un obstetra o ginecólogo

No necesita una aprobación ni una remisión para ver a un obstetra o ginecólogo de DHMC para recibir servicios durante el embarazo o para el bienestar de la mujer. Si usted ya lleva más de tres (3) meses de embarazo y es un miembro nuevo de DHMC, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual incluso si se encuentran fuera de la red de DHMC. Si se atiende con un proveedor fuera de la red, este deberá presentar una autorización previa para los servicios y debe comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Planificación familiar

Puede acudir a un proveedor de DHMC o a cualquier proveedor que acepte Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado) para planificación familiar. No tiene que obtener una aprobación de DHMC primero.

Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero

Las mujeres de entre 18 y 64 años de edad deben realizarse pruebas de Papanicolaou anualmente. DHMC cubre esto. La prueba de Papanicolaou puede ayudar a detectar un cáncer en su etapa temprana. Asegúrese de solicitarle esta prueba a su PCP u obstetra o ginecólogo.

Pruebas de detección de cáncer de mama

Una mamografía es un examen que utilizan los médicos para diagnosticar (encontrar) cáncer de mama. DHMC cubre las mamografías. La mayoría de las mujeres comienzan a realizarse mamografías alrededor de los 40 años de edad y continúan con esta práctica hasta los 69 años de edad. Las mujeres que se encuentran en riesgo de contraer cáncer de mama pueden realizarse mamografías más tempranas o más seguidas que las demás. Es importante que le comunique a su proveedor acerca de sus antecedentes familiares respecto al cáncer de mama y cualquier duda que tenga. Consúltele a su proveedor acerca de cuándo debe someterse a su próxima mamografía.

Atención durante el embarazo

Si cree que está embarazada, programe una visita al consultorio con su proveedor inmediatamente. La atención médica temprana es muy importante cuando está embarazada. Su proveedor la ayudará a recibir toda la atención médica necesaria antes, durante y después de dar a luz a su bebé.

Cómo inscribir a su recién nacido en DHMC

Todos aquellos bebés que nazcan de madres que sean miembros de DHMC quedan cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta 60 días calendario, o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Puede inscribir a su niño en DHMC, de la misma manera que usted lo hizo, y recibirá atención médica en Denver Health. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos local o llamar al **Programa de Asistencia Médica de Colorado** al **1-800-359-1991** para agregar un recién nacido.

6 ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Vacunas para niños y adolescentes

Una de las mejores cosas que puede hacer por su hijo es que reciba vacunas regularmente. El **PCP** de su hijo puede aplicarle las vacunas en su consultorio durante los controles. Los niños necesitan estas vacunas para quedar protegidos contra enfermedades.

Edad	Vacunas
Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año	• Hepatitis B • DTaP (Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina). • IPV, polio • Hib (haemophilus influenza tipo b) • PCV, neumocócica (Previene la neumonía). • RV, rotavirus (virus estomacal) • Influenza, gripe estacional (a partir de los 6 meses de edad)
1 a 3 años	• Hepatitis A • Hepatitis B • Hib • Polio • Sarampión, paperas y rubéola (measles, mumps & rubella, MMR) (Previene el sarampión, las paperas y la rubéola). • Varicela (Previene la varicela) (Si el niño no ha tenido varicela). • DTaP • Neumococo • Meningocócica (Previene la meningitis). • Influenza (cada 6 meses)
4 a 6 años	• DTaP • Polio • MMR • Varicela • Influenza (cada 6 meses)
11 a 12 años	• Tdap (Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina). • VPH - Virus del papiloma humano (Previene las verrugas genitales). • Meningocócica (Previene la meningitis). • Influenza (anual)
13 a 21 años	• Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse. • Influenza, anual

EPSDT

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 de Medicaid de Colorado) que abarca servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para miembros de hasta 20 años de edad. Este programa tiene la finalidad de detectar problemas de salud de forma temprana. Su objetivo es que los niños reciban la atención física, mental, auditiva, dental y de la visión que necesitan para su salud.

Su hijo puede recibir estos servicios sin costo alguno para usted. Los servicios incluyen:

- terapia del habla;
- controles del niño sano;
- vacunas;
- terapia ocupacional o física;
- servicios médicos a domicilio;
- tratamiento de trastornos por abuso de sustancias;
- anteojos y oftalmología;
- audición;
- atención dental;

El Programa Futuro Brillante (Bright Future Schedule) de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) es una lista que indica la atención necesaria que requieren los menores y la frecuencia con la que deben recibirla.

Además, a los niños a los que no se les ha hecho la prueba de plomo se les debe realizar a los 12 y 24 meses, o entre los 36 y 72 meses.

Usted puede obtener estos servicios a través de su PCP. Su PCP puede remitirlo a otros servicios especiales disponibles en Denver Health. Los servicios de detección de EPSDT no necesitan aprobación de DHMC. Los servicios de diagnóstico se proporcionan cuando los estudios de detección sugieren que es necesario realizar más evaluaciones o tratamiento. Están cubiertos los servicios que son más médicamente necesarios (prácticas médicas menos costosas, efectivas y aceptables) para tratar, corregir o prevenir las enfermedades y las afecciones que las pruebas de detección o diagnóstico detectaron, y DHMC no pondrá límites a los servicios (p. ej., la cantidad de consultas médicas permitidas) de EPSDT. Cuando sea necesario, se pueden cubrir los servicios de mantenimiento.

Los miembros pueden autoremitirse a los siguientes servicios del programa EPSDT:

- controles del niño sano;
- vacunas;
- pruebas de la visión/anteojos;
- pruebas para evaluar la audición.

Los servicios EPSDT que requieren una remisión del PCP o una autorización previa (prior authorization required, PAR) son los siguientes:

- terapia del habla (remisión del PCP);

- terapia física/terapia ocupacional (remisión del PCP);
- atención en el hogar (remisión del PCP y autorización previa);
- tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (remisión del PCP y autorización previa).

Consideraciones o limitaciones especiales

Hay algunos servicios EPSDT que no están cubiertos para los miembros. Estos servicios se enumeran a continuación:

- atención y métodos experimentales;
- atención o artículos que no son aceptados en la comunidad médica;
- medicamentos de venta libre (medicamentos que no necesitan receta médica), a menos que sean necesarios para la atención y estén aprobados.

Hay algunos servicios que conllevan consideraciones especiales. Dichas consideraciones son las siguientes:

- Los anteojos son un beneficio cuando son indicados por un oftalmólogo. Los beneficios relacionados con la vista son fijos para lentes plásticas transparentes simples o multifocales y un marco estándar.
- Los lentes de contacto o el cuidado de la vista serán un beneficio cuando sea necesario.
- La ortodoncia (atención dental) es un beneficio para los niños con maloclusiones congénitas, mal desarrollo o malformaciones dentales adquiridas cuando se confirma mediante una revisión del caso. El dentista solicitará aprobación de la atención.
- La atención temprana del lenguaje para niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con pérdida auditiva puede ser brindado por audiólogos, fonoaudiólogos, logopedas y por médicos del Programa de Intervención en el Hogar (Colorado Home Intervention Program, CHIP) de Colorado. (CHIP es un programa para ayudar a los niños que son sordos o tienen dificultades auditivas).

Algunos servicios de EPSDT no están cubiertos por DHMC pero son un beneficio para usted mediante Health First Colorado. Este tipo de atención médica se llama beneficio “integral”. Consulte la sección “Beneficios integrales” para obtener más información.

La mayoría de los servicios de EPSDT están disponibles con Denver Health. Su médico también puede remitirlo a los servicios de Denver Health de manera externa. Si tiene preguntas acerca de los servicios de EPSDT, usted o su médico pueden llamar a **Servicios al Miembro** de DHMC al **303-602-2116**.

También puede llamar a Healthy Communities. Healthy Communities es un recurso gratuito de la comunidad para ayudarlo a buscar los servicios de EPSDT fuera de Denver Health. Para obtener más información, visite https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/healthy-communities o llame a su coordinador. **Tres condados (Adams, Arapahoe) 303-874-4404, condado de Denver 303-602-6770, condado de Jefferson 303-232-6301.**

Vacunas contra la gripe

Las vacunas contra la gripe y otras vacunas son un beneficio cubierto para los miembros de DHMC

Las vacunas contra la gripe son gratuitas para los miembros. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMC recomienda que las siguientes personas se vacunen contra la gripe:

- todos los niños de alto riesgo;
- niños con problemas de salud, de larga duración o con un problema en el sistema inmunitario; niños de 6 a 59 meses de edad; y niños mayores con hermanos de menos de 6 meses de edad;
- personas de 50 años de edad o más;
- cualquier persona con problemas de salud, como diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar y asma;
- personas que se encuentran en cercanía de otras personas con problemas de salud, como asma y enfermedad cardíaca o pulmonar;
- mujeres embarazadas que tengan más de tres meses de embarazo durante la temporada de gripe (si el bebé nacerá entre diciembre y mayo).

Llame al Centro de Citas para hacer una cita o pregunte sobre la vacuna gratis contra la gripe.

Consulte la lista de vacunas recomendadas en la sección “Vacunas para niños y adolescentes”.

Servicios de intervención temprana

Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Estos servicios son para niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Estos servicios pueden ayudar a mejorar la capacidad de los niños para desarrollarse y aprender. Los EIS también les enseñan a usted y a su familia a ayudar en el crecimiento de su hijo. Los EIS incluyen educación, formación y ayuda en el desarrollo infantil, educación para padres, terapias y otras actividades. Estos servicios están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de su hijo. Lo ayudan a su hijo a desarrollar sus habilidades cognitivas, del habla, de comunicación, físicas, motoras, de la visión, de la audición, sociales-emocionales y de autoayuda.

7 PROGRAMAS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

DHMC cuenta con varios servicios para asistirlo si usted tiene necesidades especiales de atención médica. Aquí se presentan algunos ejemplos de problemas de salud considerados como necesidades especiales de atención médica:

- problemas de salud que duran más de un año (presión arterial alta, asma);
- problemas de salud que requieran el uso de dispositivos especiales (como sillas de ruedas o tubos de oxígeno);
- problemas de salud que limiten severamente sus actividades emocionales, físicas o de aprendizaje.

Llame a Servicios al Miembro para obtener más información. También puede hablar con su PCP si tiene necesidades especiales de salud.

Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades de salud especiales

Si usted es un miembro nuevo con necesidades especiales, puede seguir viendo a su proveedor fuera de DHMC durante sesenta (60) días después de unirse a DHMC. Su proveedor fuera de DHMC debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 60 días.

Usted puede también mantener su proveedor de Salud a domicilio o de equipo médico durable (durable medical equipment, DME) durante setenta y cinco (75) días después de unirse a DHMC. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 75 días.

Usted debe comunicarle a DHMC quiénes son estos proveedores. También debe comunicarnos que desea seguir viendo a estos proveedores hasta que su atención médica sea transferida. Puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Si usted tiene una afección de salud especial por la que es necesario que consulte a menudo a un especialista (un médico especializado en una o más áreas de la atención médica), usted podría ser elegible para obtener una remisión permanente. Esto significa que se le permitirá acceder a este especialista en cualquier momento, obtener la aprobación para cierta cantidad de visitas para consultar al especialista o usar a este médico como su PCP.

Llame a Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta acerca de las remisiones permanentes.

Gestión de casos

En Denver Health, entendemos que las personas pueden enfrentar muchos desafíos al vivir con diagnósticos complejos. Denver Health Hospital Authority (DHHA) brinda a los pacientes servicios de gestión y coordinación de atención. Como parte de estos servicios, los pacientes pueden esperar lo siguiente:

- recibir un hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH) y un equipo de atención médica para atender todas sus necesidades especiales de atención de la salud;
- ayuda para comprender el sistema de atención médica, incluido el acceso a la atención primaria, los servicios especializados y los recursos comunitarios;
- planes de atención individuales para ayudarlo a manejar mejor su salud y a cumplir sus metas relacionadas con la salud;
- conexión con el nivel adecuado de atención médica en el momento adecuado, incluidas las emergencias, la atención de urgencia y las hospitalizaciones;
- apoyo continuo cuando tengan un acontecimiento de atención médica importante, como una hospitalización o el nacimiento de un niño;
- coordinación de su atención médica con sus diferentes médicos dentro y fuera de la red de Denver Health;
- que se manejen sus necesidades de salud mental;
- apoyo e información respecto de los beneficios del seguro.

Para establecer un hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH) su proveedor de atención primaria o un miembro de su equipo de atención médica puede iniciar los servicios de gestión de atención. Si usted tiene interés en alguno de estos servicios, comuníquese con PCMH.

Gestión de la Utilización de Servicios

La Gestión de la Utilización de Servicios brinda autorizaciones (aprobaciones) para recibir la atención que su proveedor considere médicamente necesaria para usted (si usted necesita la atención o los servicios debido a motivos de salud). Se requieren autorizaciones para el pago de servicios y tratamientos que no están disponibles en Denver Health o que sí están disponibles pero están sujetos a limitaciones en el beneficio.

Algunos ejemplos de servicios o tratamientos que requieren autorización incluyen servicios médicos a domicilio, equipo médico durable (durable medical equipment, DME) y atención médica provista en una institución que no pertenezca a Denver Health. Vea la sección "Sus beneficios de DHMC" que se encuentra en este manual para obtener más información acerca de los servicios cubiertos que requieren autorización por parte de DHMC. Cuando sea necesario, su proveedor trabajará con el personal de la Gestión de la Utilización de Servicios para obtener una autorización.

La Gestión de la Utilización de Servicios trabaja directamente con los hospitales, los médicos, las agencias de servicios de atención médica a domicilio, las empresas de DME y otros proveedores para garantizar que usted reciba la atención que corresponda en el lugar adecuado.

Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene dudas con respecto a un servicio, un tratamiento o una decisión específica. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión que la Gestión de la Utilización de Servicios tome con respecto a su atención médica. Consulte "¿Qué es una apelación?" para obtener más información.

También puede comunicarse con Servicios al Miembro si desea saber qué información utiliza DHMC al tomar decisiones de autorizaciones o cómo garantizamos que usted reciba atención médica de calidad.

Médicamente necesario

DHMC decide qué servicios se cubrirán con base en si son médicamente necesarios o no. En este manual, usted verá que los términos "médicamente necesario" o "necesario para el tratamiento" se usan cuando se habla acerca de qué beneficios le serán cubiertos en este plan. Esto significa que DHMC solo le proveerá la atención que sea necesaria para diagnosticar, tratar o monitorear una afección.

Si un servicio no es médicamente necesario, como por ejemplo, una cirugía estética, DHMC no lo pagará.

Esto se relaciona con los servicios que no sean EPSDT. Para ver la definición de "médicamente necesario" para los servicios EPSDT, consulte la sección EPSDT.

Pautas de práctica clínica

Las pautas de práctica clínica pueden ayudarlos a usted y a sus médicos a tomar buenas decisiones relacionadas con su atención. Las pautas se basan en abundante investigación y contienen las mejores opciones de tratamiento para determinadas afecciones. Denver Health usa pautas para garantizar que usted siempre reciba la mejor atención en todas sus visitas al médico. Esto ayuda a garantizar que no reciba servicios que no necesita o que no ayudarían a su estado de salud.

Si tiene alguna pregunta acerca de qué son las pautas de práctica clínica o cómo se usan, llame a Servicios al Miembro. También puede solicitar una copia de estas pautas sin costo alguno para usted.

8 SUS BENEFICIOS DE DHMC

Esta es una lista de los beneficios de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) con DHMC. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMC para que lo cubra.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Servicios de ambulancia	Cubiertos en casos de emergencia	
Nacimiento de un bebé en el hospital	Cubierto en su totalidad	
Tratamientos dentales para adultos con una afección médica existente empeorada por una afección bucal	Las afecciones médicas existentes permitidas incluyen las siguientes: • enfermedad que requiera quimioterapia o radiación; • trasplantes de órganos; • embarazo; • una afección médica empeorada por una afección bucal. Se puede brindar tratamiento de emergencia si fuera hospitalizado y no hubiera atención médica inmediata disponible.	Este es un beneficio "integral". Consulte la sección "Beneficios integrales" para obtener información.
Equipos y suministros médicos durables	Servicios cubiertos: • sillas de ruedas; • muletas; • otros suministros.	Se necesita la aprobación de DHMC. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más detalles.
Servicios de emergencia	Cubiertos	En casos de emergencia no se necesitan remisiones por parte de DHMC. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. Consulte la página 15 para conocer la definición de "Emergencia".
Beneficios del EPSDT	Consulte la sección EPSDT para obtener una lista de los servicios.	El niño debe tener 20 años de edad o menos para reunir los requisitos para recibir los servicios EPSDT. Consulte la sección EPSDT para ver una lista de los coordinadores del condado.
Servicios de planificación familiar	• asesoramiento sobre planificación familiar, tratamientos y seguimiento; • píldoras anticonceptivas; • colocación y remoción de dispositivos anticonceptivos aprobados; • medición para colocar diafragmas; • esterilización quirúrgica masculina/femenina.	Para la esterilización usted debe: • Tener al menos 21 años de edad. • Ser mentalmente competente (nunca haber sido declarado mentalmente incompetente por una corte federal, estatal o local). • Dar su consentimiento informado. Esto se hace completando el formulario que su proveedor le proporcionará 30 días antes de su procedimiento de esterilización.* * Existen excepciones para esto. Consulte con su proveedor o comuníquese con **Servicios al Miembro** llamando al **303-602-2116** para obtener más detalles.

8 SUS BENEFICIOS DE DHMC

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Servicios de atención médica a domicilio	DHMC cubre los servicios médicos a domicilio durante los primeros 60 días consecutivos. Después de los 60 días consecutivos, los servicios médicos a domicilio son cubiertos como “integrales” por Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).	Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Servicios de hospital e internaciones	La hospitalización debe ser en el Denver Health Medical Center.	Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Todas las internaciones deben ser previamente aprobadas por DHMC. DHMC aprobará la estancia de un paciente hospitalizado por una cantidad específica de días y revisará todos los casos en que se necesiten más días. Si DHMC entiende que se necesitan más días, se emitirá una aprobación. Es posible que usted tenga que pagar cualquier estancia de internación que no esté previamente aprobada por DHMC.
Inmunizaciones (vacunas) para miembros mayores de 21 años	TD (Previene el tétanos y la difteria): cada 10 años. Influenza: anual. Neumocócica: después de los 65 años. Zóster: después de los 65 años de edad (Previene el herpes zóster).	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Inmunizaciones (vacunas) para miembros menores de 21 años	Todas las inmunizaciones (vacunas) recomendadas	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes hospitalizados		Este es un ‘beneficio integral’.
Residencia geriátrica.	Este es un beneficio “integral” y se encuentra cubierto por Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) después de que se haya aprobado la certificación. Consulte la página 29 para obtener más información sobre los beneficios ‘integrales’.	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC.
Cirugía bucal para adultos	Limitada a tratar ciertas afecciones como: • herida accidental en los huesos de la mandíbula o áreas circundantes; • problema bucal que genera un problema funcional, como bultos en la mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar o piso de la boca.	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes externos		Este es un beneficio “integral”.

8 SUS BENEFICIOS DE DHMC

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Medicamentos de venta libre	DHMC cubre algunos medicamentos de venta libre. Para que se cubra un medicamento de venta libre, su proveedor de DHMC debe hacerle una receta y debe obtenerlo en una farmacia de Denver Health.	Se requiere una aprobación previa solamente para los medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos.
Farmacia; cambiar de un medicamento genérico a uno de marca	Usted puede obtener un medicamento de marca cuando se recete uno genérico.	Puede pedirle a la farmacia un medicamento de marca, incluso si su proveedor le recetó uno genérico, pero usted tendrá que pagar una parte del costo del medicamento. DHMC solo pagará por el medicamento de marca si su proveedor completa un formulario de autorización previa y le explica a DHMC por qué es necesario el medicamento de marca. Consulte la sección "Farmacia" en este manual para obtener más información.
Atención prenatal	Cubierta en su totalidad	Provista por su proveedor de atención primaria de DHMC. Si usted es nueva en DHMC y tiene un embarazo de más de 3 meses, puede continuar acudiendo a su proveedor fuera de DHMC hasta dar a luz. Su proveedor deberá llamar para obtener una autorización previa. Para obtener más información, consulte la sección "Atención médica para la mujer" en este manual.
Medicamentos con receta médica	Los medicamentos con receta médica que se encuentran en el formulario de DHMC están cubiertos. Los miembros no tienen que pagar ningún copago (costo) para obtener medicamentos con receta médica que cubre DHMC. Los miembros pueden acudir a cualquier farmacia de Denver Health o a cualquier otra farmacia que acepte el seguro DHMC.	Algunos medicamentos con receta médica no se encuentran en el formulario de DHMC. Su proveedor debe solicitar a DHMC que pague por un medicamento con receta médica si no se encuentra en el formulario de DHMC. Consulte la sección "Farmacia" en este manual para obtener más información.
Atención médica primaria y preventiva	Cubiertos en su totalidad: exámenes físicos, exámenes de detección, como mamografías, exámenes de próstata, vacunas contra la gripe, etc.	Proporcionados por su médico PCP de DHMC o deben contar con una aprobación o una remisión.
Atención especializada	Tipos especiales de atención cubierta por los proveedores participantes.	Se debe contar con una remisión de un PCP de DHMC. Debe ser ofrecido por un especialista de DHMC.
Tratamiento por abuso de sustancias	• Limitado al tratamiento médico de los efectos de la droga	Debe ser derivado por un PCP de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Dejar de consumir derivados del tabaco	Incluye medicamentos con receta aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y productos de venta libre para dejar de fumar; no incluye servicios de asesoramiento individual ni grupal. El asesoramiento individual o de grupo tanto como los medicamentos con receta aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos y los productos de venta libre relacionados con dejar de fumar están disponibles para mujeres embarazadas como un "beneficio integral".	Los medicamentos relacionados con dejar de fumar (según se describe en la columna "servicios cubiertos") son provistos a través de recetas de su PCP. Los servicios provistos a mujeres embarazadas son un "beneficio integral".
Terapias	• terapia del habla; • terapia ocupacional; • terapia física; • rehabilitación cardíaca.	Debe contar con una remisión de un PCP de DHMC.
Terapia visual	Ejercicios oculares	Se necesita la remisión de un proveedor (adultos y niños).
Visión: "suministros disponibles"	Marcos de anteojos que cuesten más de lo que Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) paga	Usted paga la diferencia entre los anteojos aprobados y los anteojos más caros.
Visión: Adultos (de 48 años o más)	Exámenes de rutina y anteojos. Los exámenes y los anteojos se cubren una vez por año con un proveedor.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic y otros proveedores de servicios para la visión del *Directorio de proveedores* de DHMC.
Visión: Adultos (entre los 21 y los 47 años)	Controles periódicos y anteojos. Los exámenes se cubren una vez cada dos años con un proveedor.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic y otros proveedores de servicios para la visión del *Directorio de proveedores* de DHMC.
Visión: Niños (de 0 a 20 años)	Se cubren los chequeos de rutina y los anteojos. Los lentes de contacto o los servicios de tratamiento terapéutico para la visión serán un beneficio cuando sean necesarios como tratamiento, y se requiere que un oculista envíe la aprobación.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic y otros proveedores de servicios para la visión del *Directorio de proveedores* de DHMC.
Beneficios	**Hay algunas cosas que DHMC no cubre, incluidas las siguientes:**	
Servicios no cubiertos	• servicios para tratar la infertilidad; • artículos personales (membresía a clubes de salud, pasta dental); en un hogar para personas mayores; • programas de ejercicios;	• cirugía plástica; • rehabilitación en el trabajo; • la mayoría de los frenos dentales; • servicios de custodia en un hogar para personas mayores.

Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice

Atención médica:

- SIN COSTO ni copagos para visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, atención de emergencia/urgencia (dentro o fuera de la red) para niños y adultos de DHMC.
- Transporte GRATUITO para casos médicos que no sean una emergencia (traslados hacia y desde la clínica en donde tenga sus citas); consulte la sección “Transporte” de este manual para obtener más información.

Atención oftalmológica:

- Anteojos para niños y adultos SIN COSTO alguno para usted.

Farmacia:

- SIN COPAGOS para los medicamentos con receta cubiertos en el formulario de DHMC.
- SIN COSTO para ciertos medicamentos de venta libre cuando un proveedor de Denver Health le da la receta para el medicamento de venta libre y se obtenga en una farmacia de Denver Health.
- Suministros para 90 días de varios medicamentos que toma todos los días, SIN COSTO para usted. Consulte el Formulario de DHMC para obtener más detalles.

9 SERVICIOS ADICIONALES

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental no son un beneficio cubierto de DHMC. Usted puede recibir servicios de salud mental comunicándose con la organización de salud conductual de su área. Comuníquese con **Servicios al Miembro** llamando al **303-602-2116; o al** número 711 para TTY, para averiguar en qué organización de salud conductual se encuentra usted.

Transporte

El Transporte médico en casos que no sean una emergencia (Non-emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio para todos nuestros miembros de DHMC. Usted puede hacer uso de NEMT gratuitamente cuando necesite que lo lleven a sus citas de atención médica.

Veyo puede requerir una aprobación previa antes de poder programar un traslado (comuníquese con Veyo para saber si su viaje necesita aprobación previa). Veyo es un beneficio para todo aquel que tenga Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).

Para programar un traslado a su próxima cita de atención médica, llame a:

Veyo: 1-855-264-6368 (llame 48 horas antes de su cita).

NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health

NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health es un servicio telefónico que puede responder sus preguntas y asesorarlo. Puede llamar a NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health y hablar con una enfermera diplomada acerca de cualquier pregunta sobre salud, cualquiera sea su importancia. NurseLine (línea de enfermería) puede brindarle rápidamente información médica rápida y también ayudarlo a obtener atención médica. NurseLine (línea de enfermería) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede llamar a **NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261** en los siguientes casos:

- Cree que necesita una cita urgente.
- No sabe con certeza si necesita consultar a un médico.
- Tiene preguntas acerca de un medicamento o un tratamiento
- Tiene preguntas sobre educación para la salud.

Llame a **NurseLine (línea de enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261** después de que el consultorio de su PCP haya cerrado o cada vez que necesite respuestas para sus preguntas sobre la salud.

Recuerde que si tiene una emergencia médica o si necesita atención de urgencia, debe ir al hospital o a la clínica de atención de urgencia más cercanos. No tiene que llamar a NurseLine (línea de enfermería) antes de recibir atención de emergencia o urgencia.

Beneficios “integrales”

Hay algunos servicios que DHMC no cubre, pero siguen siendo un beneficio para usted a través del programa habitual de pago por servicio (fee-for-service) de Health First Colorado. Este tipo de atención médica se llama beneficio “integral”. Usted puede ser un miembro de DHMC y aun así recibir beneficios “integrales”. Los beneficios “integrales” incluyen lo siguiente:

- Audífonos, entrenamiento, pruebas y evaluación para niños.
- Servicios dentales para hijos (de 0 a 20 años).
- Servicios de emergencia dental para adultos.
- Servicios de tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo para mujeres embarazadas.
- Servicios adicionales EPSDT médicos a domicilio (Consulte EPSDT en este manual para obtener más información sobre estos y otros servicios EPSDT).
- Algunos servicios basados en la comunidad y en el hogar (Home and Community-Based Services, HCBS).
- Cuidados paliativos: Aún puede recibir toda la demás atención médica no paliativa con DHMC, pero también puede cancelar su inscripción de DHMC si llama a **Health First Colorado Enrollment** al **303-839-2120** o al número gratuito, al **1-888-367-6557**.
- Health First Colorado cubre los servicios médicos a domicilio después de los 60 días (DHMC cubre los primeros 60 días).
- Algunos servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.
- Trasplantes intestinales.
- Transporte médico en casos que no sean una emergencia (Non-emergency medical transportation [NEMT]); ver la sección “Transporte” de este manual.
- Servicios privados de enfermería.

9 SERVICIOS ADICIONALES

- Algunos servicios de establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).
- Servicios para dejar de fumar: el asesoramiento individual o grupal, y todos los medicamentos con receta aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos y los productos de venta libre relacionados con dejar de fumar están disponibles para mujeres embarazadas.

Si necesita cualquiera de los servicios que figuran arriba, comuníquese con **Health First Colorado Enrollment** llamando al **1-800-221-3943** fuera del área metropolitana de Denver. Un representante de Health First Colorado Enrollment lo ayudará a recibir sus beneficios "integrales". Si desea más información sobre esto, visite https://www.healthfirstcolorado.com. Allí también puede acceder al *Manual para miembros* de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).

10 CALIDAD

DHMC quiere asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesite cuando sea necesario. Nuestro Programa de Calidad lo logra mediante las siguientes acciones:

- Preguntamos a nuestros miembros y proveedores sobre si están a gusto con los servicios de DHMC.
- Atendemos las preocupaciones y quejas de los miembros y proveedores para mejorar los servicios de DHMC.
- Recordamos a los miembros acerca de los servicios que los ayudarán a mantenerse saludables.
- Vemos de qué modo accede usted a la atención médica cuando hay diferencias en cuanto a raza, grupo étnico o idioma.
- Ofrecemos diversos programas de prevención, salud y bienestar, y todos ellos se encuentran aquí: http://www.denverhealthmedicalplan.org/health-management.

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener más detalles o si tiene inquietudes acerca de nuestro Programa de Calidad.

11 QUEJAS

¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que haga DHMC. Por ejemplo, usted podría no estar satisfecho con lo siguiente:

- la calidad de la atención médica o del servicio que recibe;
- el modo en que DHMC lo trata;
- cosas que DHMC hace con las que usted no se siente a gusto.

Usted puede presentar una queja en cualquier momento para informarnos (verbalmente o por escrito) cuando no está satisfecho con su servicio o atención.

Qué hacer si tiene una queja

Si tiene una queja, usted o su representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR) pueden comunicarse con **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals)** al **303-602-2261**. Usted o su DPR también pueden escribir a Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals). Asegúrese de incluir en su carta su nombre, número de identificación de Medicaid (una letra y los 6 números que figuran en su tarjeta), domicilio y número de teléfono si escribe a Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals) de DHMC. También puede completar el formulario de quejas y apelaciones que se encuentra en el final de este manual y enviarlo.

Envíe su queja por escrito al siguiente domicilio:

Denver Health Managed Care
Attn: Grievance and Appeals Department
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de inscripción de Health First Colorado por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

Después de presentar una queja

Después de presentar una queja, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles para confirmar la recepción de su queja.

DHMC estudiará en detalle su queja y decidirá cómo manejarla (en otras palabras, DHMC tratará de resolver su queja). Los miembros del personal de DHMC que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Un miembro del personal de DHMC con capacitación médica adecuada revisará su queja si usted presenta una porque siente que ha recibido una atención médica deficiente o porque DHMC rechazó su solicitud de apelación acelerada (consulte la sección llamada "¿Qué es una apelación?" que se encuentra en el *Manual para miembros*).

DHMC tomará una decisión acerca de su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de quince (15) días hábiles a partir del día en que usted presentó la queja. El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su queja y la fecha en que DHMC tomó esa decisión.

Usted o DHMC pueden extender el plazo que DHMC tiene para tomar una decisión respecto de su queja. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su queja, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC solo extenderá este plazo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el plazo para decidir sobre su queja y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora.

Si necesita ayuda para presentar una queja

DHMC lo ayudará a presentar una queja. Si necesita ayuda para completar un formulario o para llevar a cabo los pasos para presentar una queja, incluido el uso de un intérprete o servicios de TTY, llame a **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals)** al **303-602-2261**.

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja

Si quedó insatisfecho con el modo en que DHMC maneja su queja, puede presentar una apelación de segundo nivel. Un nuevo miembro del personal de DHMC analizará su queja y la manera en que se manejó. Después de la apelación de segundo nivel, si aún no está satisfecho, puede recurrir al estado de Colorado. La decisión del **estado de Colorado** es determinante. Puede llamarlos al **1-800-221-3943** (sin cargo) o puede escribirles al siguiente domicilio:

Department of Health Care Policy & Financing
Attn: DHMC Medicaid Choice Contract Manager
1570 Grant Street
Denver, CO 80203-1714

12 APELACIONES

¿Qué es un aviso de determinación adversa de beneficios?

Es una carta que DHMC le envía a usted en caso de que DHMC realice una determinación adversa de beneficios respecto de cualquier parte de los servicios de DHMC. Una determinación adversa de beneficios puede incluir lo siguiente:

- cuando DHMC niegue o limite un tipo o nivel de servicio que haya solicitado;
- cuando DHMC reduzca, suspenda o deje de autorizar un servicio que usted ha estado recibiendo;
- cuando DHMC niegue el pago completo o parcial de sus servicios;
- cuando DHMC no le brinde un servicio de manera oportuna;
- cuando DHMC no resuelve su apelación o queja dentro de los plazos requeridos.

Un aviso de determinación adversa de beneficios incluye lo siguiente:

- la determinación adversa de beneficios que DHMC planea llevar a cabo;
- la razón de la determinación adversa de beneficios;
- su derecho a apelar esta determinación adversa de beneficios;
- la fecha límite que usted tiene para apelar;
- su derecho a pedir una audiencia imparcial estatal;
- cómo pedir una audiencia imparcial estatal;
- cuándo usted puede pedir que se acelere el proceso de apelación;
- cómo seguir recibiendo sus servicios mientras se decide la apelación o la audiencia imparcial estatal;
- cuándo posiblemente deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras la decisión final estaba pendiente.

Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios

DHMC debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si DHMC planea cesar el pago o reducir cualquier servicio que usted viene recibiendo, debe enviarle un aviso de determinación adversa de beneficios diez (10) días calendario antes de la fecha en que cesará el pago o reducirá los servicios. DHMC puede acortar el plazo a cinco (5) días calendario si:

- Hay un fraude.
- El miembro ha fallecido.
- El miembro es internado en alguna institución.
- Se desconoce el paradero del miembro y no hay un domicilio de envío.
- El miembro se ha mudado fuera del estado o fuera del área metropolitana de Denver, o se ha vuelto elegible para recibir los beneficios de Medicaid fuera del estado.
- El médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención.
- Prueba de detección previa a la internación según la Ley de Seguro Social (Social Security Act). La seguridad o la salud del miembro se encuentra en peligro.
- La necesidad de atención médica es urgente.
- Usted tiene que ser transferido a otra clínica u hospital.
- DHMC recibe una carta de usted que expresa que usted ya no quiere servicios. Esta carta debe contar con la información que requiera que sus servicios con DHMC terminen.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud que usted o su DPR pueden hacer para revisar una determinación adversa de beneficios por parte de DHMC. Si usted piensa que una determinación adversa de beneficios por parte de DHMC es incorrecta, usted o su DPR pueden llamarnos o escribirnos para apelar la determinación adversa de beneficios. Un proveedor puede presentar una apelación en su nombre si usted lo designa como su DPR. Si no está satisfecho después de la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal después de haber realizado todos los pasos correspondientes en el proceso de apelación de DHMC. Esta audiencia se explica en la sección “Audiencia imparcial estatal” de este manual.

Cómo presentar una apelación

Usted tiene sesenta (60) días calendario para presentar una apelación después de haber recibido un aviso de determinación adversa de beneficios respecto de un nuevo servicio que aún no recibe. Para apelar una acción que cesará, suspenderá o recortará los servicios que ya está recibiendo, tiene que presentar la apelación:

- antes de finalizados los diez (10) días calendario después de la fecha en que se envió el aviso de determinación adversa de beneficios;
- en la fecha de entrada en vigor prevista para la acción de DHMC o antes de dicha fecha.

12 APELACIONES

Para apelar una determinación adversa de beneficios, usted puede hacer lo siguiente:

- Llame a **Quejas y Apelaciones** (Grievance and Appeals) de DHMC al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si apela una acción verbalmente, también debe enviar una apelación por escrito (a menos que haya solicitado una apelación acelerada).
- Complete el formulario de quejas y apelaciones que aparece en el final de este manual y envíelo por fax al **303-602-2078** o por correo a **DHMC *Grievance and Appeals, 777 Bannock, MC 6000, Denver, CO 80204.***

Cómo presentar una apelación acelerada (rápida)

Si su vida o su salud corren peligro y necesita que DHMC tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar a **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals) de DHMC** al **303-602-2261** y solicitar una apelación acelerada. Si DHMC aprueba su solicitud de una apelación acelerada, DHMC tomará una decisión sobre su apelación tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de su solicitud.

Si DHMC niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMC se comunicará con usted para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMC también le enviará una carta en un plazo de dos (2) días calendario del envío de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido denegada. La carta le informará acerca de su derecho a presentar una queja si queda insatisfecho con la decisión de DHMC. Recibirá una versión escrita de su apelación junto con esta carta de negación (si presentó su apelación verbalmente) que debe firmar y enviar de regreso a DHMC.

DHMC entonces revisará su apelación en el plazo estándar que se explica en la siguiente sección.

Después de presentar una apelación

Después de presentar una apelación, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles (a menos que haya presentado una apelación acelerada) para confirmar la recepción de su apelación.

DHMC estudiará los detalles de su apelación y decidirá si acepta su apelación (anular la acción de DHMC) o niega su apelación (mantener la acción de DHMC). DHMC utilizará diferentes miembros del Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department) para revisar esta acción. Si usted apela una acción que se fundamentó en la "falta de necesidad médica", un miembro del personal de DHMC, con un profesional médico, revisarán la acción para tomar una decisión respecto de su apelación.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DPR pueden brindarle a DHMC (en persona o por escrito) pruebas u otra información que ayude en su caso. Tenga en cuenta que si se acelera su apelación, tiene un plazo menor para presentar esta información ante DHMC. Usted o su DPR también pueden revisar el expediente de su caso antes y durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye sus registros médicos y cualquier otra información que DHMC utiliza para decidir sobre su apelación.

Para las apelaciones estándares, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito con la decisión a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles a partir del día en que usted presente la apelación estándar. Para apelaciones aceleradas, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles a partir del día en que usted presente la apelación acelerada. DHMC también lo notificará por teléfono acerca de la decisión para apelaciones aceleradas.

El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su apelación y la fecha en que se completó. Si el resultado no es positivo para usted, el aviso por escrito también le brindará la siguiente información:

- su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo solicitarla;
- su derecho de solicitar a DHMC que continúe con sus servicios mientras la audiencia imparcial estatal esté pendiente, y cómo hacer dicha solicitud;
- que quizás deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras pendía la audiencia imparcial estatal si el Estado concuerda con la decisión de DHMC.

Cómo extender los plazos de las apelaciones

Usted o DHMC pueden extender el plazo que DHMC tiene para tomar una decisión respecto de su apelación acelerada o estándar. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC solo extenderá este plazo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el plazo para decidir sobre

su apelación y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora. Este aviso por escrito también le explicará sobre su derecho a presentar una queja si no concuerda con la decisión de DHMC de extender el plazo. Durante este plazo extendido, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que se extendió el plazo.

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación

Para obtener ayuda para presentar una apelación, usted puede hacer lo siguiente:

- llamar a **Quejas y Apelaciones** (Grievance and Appeals) al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Comunicarse con el **Defensor del Pueblo de Health First Colorado** (**Programa Medicaid de Colorado**) llamando al **303-830-3560** o al **1-877-435-7123**.

¡No perderá sus beneficios de Health First Colorado por apelar una acción! ¡La ley lo exige!

Audiencia imparcial estatal

Si usted no queda satisfecho con alguna acción que tome DHMC, DEBE pasar por el proceso de apelación que se explicó anteriormente. En cualquier momento dentro de los 120 días calendario después de haber recibido el aviso de determinación de la apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción llevada a cabo por DHMC. Su proveedor también puede solicitar una revisión si usted lo nombra su DPR. A esta revisión se la conoce como audiencia imparcial estatal. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando:

- Se nieguen los servicios que usted solicita, o la decisión de aprobar los servicios no se toma de manera oportuna.
- Usted cree que la acción tomada es errónea.

Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted, su DPR o su proveedor suscriptor deben enviar una carta a los Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts). La carta debe incluir lo siguiente:

- su nombre, domicilio y número de id. de Medicaid (una letra y 6 números);
- la acción, la negación o la falta de actuación rápida por la cual envía la solicitud de apelación;
- la razón por la que se apela la acción, la negación o la falta de actuación rápida.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede usar como representante a un proveedor, un guía legal, un pariente, un amigo u otro portavoz. Usted o su representante tendrán la oportunidad de presentar pruebas ante el juez de los Tribunales Administrativos para defender su caso. Usted o su representante también pueden solicitar los registros pertinentes a su apelación.

Si desea que alguien más lo represente, aun así debe completar el formulario de consentimiento escrito de la audiencia imparcial estatal llamado “Autorización para una persona que no es abogada (Non-Attorney Authorization)”. Este formulario se encuentra en el sitio web del estado de Colorado en Department of Personnel and Administration, Office of Administrative Courts (Departamento de Personal y Administración, Tribunales Administrativos). A la persona cuyo nombre usted coloque en este formulario se la conoce como representante autorizado. Debe solicitar una audiencia imparcial estatal por escrito dentro de los 120 días calendario a partir del aviso de resolución de la apelación al siguiente domicilio:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street, 4th floor
Denver, CO 80203

DHMC lo ayudará si necesita ayuda para solicitar una audiencia imparcial estatal. Simplemente llame a **Quejas y Apelaciones** (**Grievance and Appeals**) al **303-602-2261** y solicite ayuda. También puede llamar a la **Oficina de Tribunales Administrativos** (**Office of Administrative Courts**) al **303-866-2000**. Cualquier decisión tomada en una audiencia imparcial estatal es decisiva.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal

En algunos casos, DHMC seguirá cubriendo los servicios mientras se espera por la decisión de una apelación o audiencia imparcial estatal. DHMC seguirá cubriendo sus servicios mientras espera por una decisión si:

- Presenta su apelación dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha que figura en su aviso de determinación adversa de beneficios o de la fecha de entrada en vigor de la acción de DHMC.
- Los servicios que recibe provienen de un proveedor autorizado.

- No ha expirado el plazo original de autorización de su(s) servicio(s).

Sin embargo, aún debe comunicarse con **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals)** llamando al **303-602-2261** y decirles que usted desea que DHMC siga cubriendo sus servicios. Sus servicios continuarán hasta:

- que usted decida cancelar su apelación;
- diez (10) días calendario después de la decisión final de su apelación a menos que, dentro de esos 10 días, usted solicite una audiencia imparcial estatal con continuación de servicios hasta que se llegue a una decisión final en la audiencia imparcial estatal;
- que La audiencia imparcial estatal determine que DHMC no debe pagar por sus servicios;
- o bien, que finalice el tiempo límite de su autorización original de servicio.

Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal aprueban su apelación o audiencia imparcial estatal (se reserva la decisión de negar sus servicios), y usted continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMC pagará por aquellos servicios. Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal llegan a una decisión final que no concuerdan con su apelación, posiblemente deberá pagar por los servicios que recibió mientras esperaba por la decisión final de DHMC o de la oficina de la audiencia imparcial estatal respecto a su apelación. Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal aprueban su apelación o audiencia imparcial estatal (se reserva la decisión de negar sus servicios), y usted no continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMC comenzará a pagar por aquellos servicios tan pronto como su afección de salud lo requiera.

Defensor del Pueblo, de Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado)

El Defensor del Pueblo es independiente de todos los planes de atención médica de Health First Colorado. Si usted tiene algún problema o inquietud, el Defensor del Pueblo trabajará junto con usted y su médico o plan de salud para buscar una solución que satisfaga a todos.

Si usted es miembro de Health First Colorado (esto incluye DHMC) y tiene un problema con un proveedor de Denver Health o con su proveedor de salud mental:

- Antes que nada, hable con su médico. O bien, comuníquese con **Servicios al Miembro de DHMC** llamando al **303-602-2116**. Esto suele ayudar.
- También puede llamar al **Defensor del Pueblo para la atención administrada por Health First Colorado**.

Área metropolitana: **303-830-3560**

Fuera del área metropolitana: **1-877-435-7123**

Llame al Programa del Defensor del Pueblo (Ombudsman Program) en las siguientes situaciones:

- cuando no pueda conseguir una cita o tenga que esperar demasiado para esta;
- cuando no pueda ver a un especialista;
- cuando no esté conforme con la atención brindada a usted o a un familiar;
- cuando su plan de salud le niegue un servicio;
- cuando necesite ayuda para presentar una queja, un reclamo o una apelación;
- cuando no sepa con seguridad a quién llamar.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Bright Futures
prevention and health promotion for infants, children, adolescents, and their families™

Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva
Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics)

Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, estas recomendaciones para la atención médica pediátrica están diseñadas para el cuidado de niños que están recibiendo una crianza competente, que no tienen manifestaciones de problemas de salud importantes y están creciendo y desarrollándose de manera satisfactoria. Los problemas de desarrollo, psicosociales y de enfermedades crónicas en niños y adolescentes pueden requerir frecuentes visitas de asesoramiento y tratamiento aparte de las visitas de atención preventiva. También pueden ser necesarias visitas adicionales si las circunstancias sugieren variaciones de lo normal.

Estas recomendaciones representan un consenso de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) y Bright Futures. La AAP sigue haciendo hincapié en la gran importancia de la continuidad de la atención en la supervisión integral de la salud y en la necesidad de evitar la fragmentación de la atención.

	INFANCIA								PRIMERA INFANCIA						
EDAD	Prenatal	Recién nacido	3 a 5 días	Antes de 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	3 años	4 años
ANTECEDENTES Inicial/Intervalo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEDIDAS															
Longitud/estatura y peso		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Circunferencia de la cabeza		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			
Peso por longitud		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Índice de masa corporal												•	•	•	•
Presión arterial		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
EVALUACIÓN SENSORIAL															
Vista		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
Audición		•	•	→	→	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•
SALUD CONDUCTUAL/DEL DESARROLLO															
Evaluación del desarrollo								•			•		•		
Pruebas de detección de trastornos del espectro autista											•	•			
Vigilancia del desarrollo		•	•	•	•	•	•		•	•		•		•	•
Evaluación conductual/psicosocial		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación del uso de tabaco, alcohol o drogas															
Prueba de detección de depresión															
Prueba de detección de depresión maternal				•	•	•	•								
EXAMEN FÍSICO		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDIMIENTOS															
Sangre del recién nacido		•	•	→	→										
Bilirrubina del recién nacido		•													
Anomalías cardíacas congénitas críticas		•													
Vacunas		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anemia						★			•	★	★	★	★	★	★
Plomo							★	★	•o ★		★	•o ★		★	★
Tuberculosis				★			★		★			★		★	★
Dislipidemia												★			★
Infecciones de transmisión sexual															
VIH															
Displasia cervical															
SALUD BUCAL							•	•	★		★	★	★	★	★
Barniz de flúor							←	—	—	—	•	—	—	—	→
Suplemento de flúor							★	★	★		★	★	★	★	★
GUÍA ANTICIPADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

REFERENCIA: • = que debe realizarse ★ = evaluación de riesgos que debe realizarse, con adecuada acción posterior, si es posible
← • → = intervalo durante el cual un servicio debe proporcionarse

Para obtener más información y actualizaciones, visite www.aap.org/periodicityschedule.

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Bright Futures
prevention and health promotion for infants, children, adolescents, and their families™

Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva
Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) (continuación)

Consulte la guía específica por edad como se enumera en la publicación *Bright Futures Guidelines* (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of infants, Children, and Adolescents.* 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017)

Las recomendaciones en esta declaración no indican un curso de tratamiento ni un estándar de atención médica exclusivos. Las variaciones, teniendo en cuenta las circunstancias individuales, pueden ser adecuadas.

Copyright© 2017 por la Academia Estadounidense de Pediatría, actualizado en febrero de 2017.

Ninguna parte de esta declaración puede ser reproducida de ninguna forma ni por ningún medio sin el permiso previo por escrito de la Academia Estadounidense de Pediatría, excepto por una copia para uso personal.

	INFANCIA MEDIA						ADOLESCENCIA										
EDAD	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años
ANTECEDENTES Inicial/Intervalo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEDIDAS																	
Longitud/estatura y peso	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Circunferencia de la cabeza																	
Peso por longitud																	
Índice de masa corporal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Presión arterial	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EVALUACIÓN SENSORIAL																	
Vista	•	•	★	•	★	•	★	•	★	★	•	★	★	★	★	★	★
Audición	•	•	★	•	★	•	◄	—	—	•	—	►	◄	—	•	►	
SALUD CONDUCTUAL/DEL DESARROLLO																	
Evaluación del desarrollo																	
Pruebas de detección de trastornos del espectro autista																	
Vigilancia del desarrollo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación conductual/psicosocial	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación del uso de tabaco, alcohol o drogas							★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Prueba de detección de depresión								•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Prueba de detección de depresión maternal																	
EXAMEN FÍSICO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDIMIENTOS																	
Sangre del recién nacido																	
Bilirrubina del recién nacido																	
Anomalías cardíacas congénitas críticas																	
Vacunas	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anemia	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Plomo	★	★															
Tuberculosis	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Dislipidemia		★		★		•		★	★	★	★	★				•	►
Infecciones de transmisión sexual							★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
VIH							★	★	★	★	◄	—	—	•	►	★	★	★
Displasia cervical																	•
SALUD BUCAL	★	★															
Barniz de flúor	►																
Suplemento de flúor	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★					
GUÍA ANTICIPADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

REFERENCIA: • = que debe realizarse ★ evaluación de riesgos que debe realizarse, con adecuada acción posterior, si es posible
◄—• —► = intervalo durante el cual un servicio debe proporcionarse

Para obtener más información y actualizaciones, visite www.aap.org/periodicityschedule.

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN INC.™

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

FORMULARIO DE OTRO SEGURO DE SALUD

Si tiene más de un plan de seguro de salud, debe informarlo a Denver Health Medical Plan (DHMP). DHMP utiliza la coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) para procesar sus reclamos y determinar qué plan debe pagar el reclamo en primer lugar y cuál en segundo.

Para procesar sus reclamos y garantizar que usted reciba los máximos beneficios disponibles, es necesario que proporcione información sobre la otra cobertura de atención médica. Complete la información a continuación, firme en la parte inferior del formulario y envíelo al domicilio proporcionado. Envíe el formulario completo **en un plazo de 10 días calendario**, ya que las leyes federales y estatales requieren que tomemos decisiones oportunas sobre los reclamos.

SECCIÓN 1: MIEMBROS CUBIERTOS POR DHMP				
N.° de id. del miembro	**Nombre**	**Apellido**	**Fecha de nacimiento**	**¿Tiene otra cobertura?**
				◯ Sí ◯ No
				◯ Sí ◯ No
				◯ Sí ◯ No
				◯ Sí ◯ No
				◯ Sí ◯ No
				◯ Sí ◯ No

Complete la siguiente información para todas las demás coberturas. Si es necesario, complete un segundo formulario para compañías aseguradoras adicionales.
Si proporciona una copia de la(s) tarjeta(s) de id. de miembro para todas las demás coberturas, omita la sección 2 a continuación y pase a la sección 3.

SECCIÓN 2: INDICAR LA INFORMACIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA		
Nombre del titular de la póliza: (con letra de imprenta)	**Fecha de nacimiento:** | |	**N.° de grupo/plan:**
Relación con el miembro de DHMP:	**N.° de id. del miembro:**	
Nombre de la compañía aseguradora:	**Domicilio de la compañía aseguradora:**	
Ciudad, estado y código postal de la compañía aseguradora:	**Número de teléfono de la compañía aseguradora:**	

Nombres de los miembros cubiertos por esta póliza:	**Números de id. de los miembros cubiertos por esta póliza:**

(Los miembros de Medicaid y CHP+ pueden omitir la sección 3 a continuación y pasar a la sección 4).

Si su(s) hijo(s) dependiente(s) está(n) cubierto(s) por otro plan y los padres biológicos están divorciados o separados, necesitaremos la siguiente información para coordinar los beneficios y pagos:

¿Alguno de los padres está obligado por una sentencia de divorcio a tener una cobertura de salud?
Madre Padre Ambos

Debe proporcionarnos una copia de la sentencia de divorcio o del plan parental, y el nombre, domicilio y número de teléfono del padre o la madre que tiene la custodia, para que podamos determinar el orden correcto de los beneficios y a quién debemos enviar los posibles sobrepagos.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN/CUSTODIA

	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Nombre del seguro
Padre o madre biológicos con custodia				
Padrastro o madrastra con custodia				
Padre/madre biológico/a sin custodia				
Padrastro o madrastra sin custodia				

SECCIÓN 4: FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Las declaraciones hechas anteriormente son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma del titular de la póliza:	**Fecha:**
	| |

SECCIÓN 5: ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO A DHMP

Por correo postal:	**Por fax:**
Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Coordination of Benefits 938 Bannock Street Denver, CO 80204	303-602-2095

SECCIÓN 6: DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Por medio de esta declaración se le informa el objetivo de recopilar su información personal y la forma en la que se utilizará dicha información.

OBJETIVO: recopilar información sobre usted para procesar sus reclamos médicos y de medicamentos con receta médica en virtud de su plan de beneficios de seguro y coordinar las actividades de pago con otro seguro de salud que pueda estar disponible para usted o sus familiares.

USOS DE RUTINA: es posible que sus registros se divulguen a organismos federales y estatales, y a otras empresas de seguro de salud para coordinar sus beneficios y pagos por la atención médica y los medicamentos con receta médica recibidos.

DIVULGACIÓN: es voluntaria. Si decide no proporcionar esta información, no se le impondrá ninguna sanción, pero no proporcionar la información solicitada de manera oportuna podría provocar la demora o negación de los pagos y reclamos, o la recuperación retrospectiva del pago hecho anteriormente por reclamos.

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al número de teléfono que figura en su tarjeta de id. de miembro.

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN INC.™

DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE

FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) debe seguir ciertos procedimientos antes de poder permitirle a alguien que no sea el miembro que acceda a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). El objetivo de nombrar a un representante personal es permitirle a otra persona que actúe en su nombre con respecto a lo siguiente: 1) tomar decisiones acerca de sus beneficios de salud, 2) solicitar o divulgar su información médica protegida, y 3) ejercer algunos o todos los derechos que usted tiene según su plan de beneficios de seguro médico. Un representante personal puede ser nombrado legalmente por un miembro para que actúe en su nombre. La designación de un representante personal es voluntaria, y este puede ser un familiar, un amigo, un defensor, un abogado o un tercero no vinculado. Usted puede modificar o revocar el nombramiento de un representante personal en cualquier momento. Si usted opta por revocar un nombramiento, complete la sección H que figura a continuación y envíela a DHMP.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR		
Nombre del miembro: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento:** | |	**N.° de teléfono:** ( ) -
Domicilio:	**N.° de grupo:** (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Ciudad, estado, código postal:	**N.° de id. del miembro:** (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Nombre del suscriptor: (si es distinto del nombre del miembro)	**Fecha de nacimiento:** | |	**N.° de teléfono:** ( ) -

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL		
Nombre: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	**Fecha de nacimiento:** | |	**N.° de teléfono:** ( ) -
Domicilio:	**Apellido de soltera de la madre:** (para identificación de la identidad)	
Ciudad, estado, código postal:	**Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:**	

SECCIÓN C: RELACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL CON EL MIEMBRO (seleccionar una opción)

- ◯ Padre/Madre/Tutor de un menor: Adjuntar una copia del certificado de nacimiento del menor o los documentos legales que designan al tutor
- ◯ Poder notarial con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre de un miembro: Adjuntar copia del formulario de poder notarial firmado
- ◯ Albacea testamentario o administrador de los bienes del miembro fallecido: Adjuntar cartas testamentarias u otros documentos legales que demuestren la condición de albacea o administrador
- ◯ Otra: (Describir su relación con el miembro y adjuntar una prueba de su autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro)

_____

_____

_____

SECCIÓN D: TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA/USADA/RECIBIDA POR EL REPRESENTANTE PERSONAL (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- ◯ Información sobre autorización previa/remisión
- ◯ Gestión de casos
- ◯ Tarjeta de id. del miembro
- ◯ Facturas de primas
- ◯ Documentos del plan (p. ej., tarjeta de id. del miembro, *Manual para miembros* y *Explicación de beneficios*)
- ◯ Inscripción/beneficios
- ◯ Información de farmacia
- ◯ Reclamos
- ◯ Quejas y apelaciones
- ◯ Todos los documentos y la información disponibles, sin limitación
- ◯ Otro: _____

SECCIÓN E: ENVIAR ESTE FORMULARIO COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA AL SIGUIENTE DOMICILIO POSTAL O NÚMERO DE FAX

Domicilio postal:
Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Health Plan Services
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204

N.° de fax seguro:
303-602-2025

SECCIÓN F: FIRMA DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR:

He completado la información anterior. Acepto que, al firmar este formulario, autorizo a DHMP a brindar a mi representante personal el mismo trato que me brinda a mí.

_____ _____

Firma del miembro/suscriptor **Fecha**

SECCIÓN G: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Por el presente, yo, _____, acepto el nombramiento por parte del miembro. Acepto que, al firmar este formulario, tengo autoridad para actuar en nombre del miembro. He adjuntado los documentos requeridos que corresponden para establecer mi condición de representante personal. Certifico que la información indicada en el presente formulario de representante personal es verdadera, correcta y exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que la Compañía puede solicitar información, ahora o en el futuro, que considere necesaria para confirmar mi condición de representante personal.

_____ _____

Firma del representante personal **Fecha**

NOTA IMPORTANTE: El nombramiento de un representante personal es válido durante un año a partir de la fecha de la firma del miembro. Usted puede revocar el nombramiento en cualquier momento. Para ello, deberá completar la sección de revocación (sección H) y devolverla a DHMP al domicilio indicado.

SECCIÓN H: REVOCACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

Entiendo que, al firmar esta sección, estoy **revocando** el nombramiento de mi representante personal y ya no quiero que la persona (nombre de la persona a continuación, en letra de imprenta legible),

_____

actúe como mi representante personal. Entiendo que esta revocación se aplica a toda divulgación futura de información médica personal, ya sea oral o escrita, y a toda acción futura. También entiendo que no se puede revocar ninguna divulgación o acción ya realizada por el representante personal o por DHMP durante el periodo de nombramiento del representante. La fecha de revocación que se usará es la fecha en que DHMP reciba el presente formulario de revocación.

_____ _____

Firma del miembro/suscriptor **Fecha**

Enviar este formulario por correo postal o fax:
Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Health Plan Services
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2025

DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE

Health First COLORADO Colorado's Medicaid Program

Administered by Denver Health Medicaid Choice

FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

Si necesita ayuda para entender la información de este documento, incluso una traducción escrita u oral, podemos ayudarlo. Usted puede obtener ayuda llamando al **Departamento de Servicios al Miembro de Denver Health** al **303-602-2116**, **1-800-700-8140**, o al servicio estatal de retransmisión (State Relay), 711, para personas que llaman con discapacidades auditivas o del habla. If you need this letter in large print, audio or another language, please call us at 1-800-700-8140. For TTY, please call 711.

No es obligatorio completar este formulario. Usted o su representante autorizado/personal deben presentar esta solicitud dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir una carta de aviso de determinación adversa de beneficios para una apelación o, en cualquier momento, respecto de una queja (también conocida como reclamo). Adjunte copias de todos los documentos que pudieran acreditar su solicitud. Si esto es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Apelaciones y Quejas (Grievance & Appeals Department) llamando al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo o fax al siguiente domicilio o número:

Denver Health Medicaid Choice
Attn: Grievance and Appeals Department
938 Bannock Street
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2078
www.denverhealthmedicaid.org

Ingrese la información a continuación sobre la persona para quien se presenta la queja o apelación:

_____ _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.° de id. del miembro

_____
Domicilio particular

_____ _____
Ciudad, estado, código postal N.° de teléfono

_____ _____
N.° de registro médico Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)

Si arriba se cita a una persona que no es el miembro, ingrese la siguiente información sobre la persona que presenta la queja o la apelación.

_____ _____
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N.° de teléfono

_____
Domicilio postal

_____
Ciudad, estado, código postal

Relación con el miembro (marcar una opción): ◯ Cónyuge ◯ Hijo/Hija ◯ Padre/Madre/Tutor legal ◯ Amigo/Pareja ◯ Proveedor/Médico* ◯ Abogado ◯ Otra (especifique) _____

* Nota importante: Una "marca" en la casilla de verificación Proveedor/Médico que figura arriba, indica que **el proveedor o médico actúan en nombre del miembro, con el conocimiento y la aprobación del miembro.**

SECCIÓN A: QUEJA: si esto se relaciona con una queja, describa el problema en el recuadro a continuación. Si está presentando una apelación, vaya a la sección B. Incluya las fechas de servicio y los nombres del personal si corresponde. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

SECCIÓN B: APELACIÓN: si desea presentar una apelación por un servicio o un reclamo anteriormente denegados, ingrese la información solicitada a continuación.

¿El presente formulario se relaciona con un reclamo denegado? ◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es "sí", proporcione el número de reclamo: _____

Fecha(s) del servicio: _____

Nombre del proveedor: _____

¿El presente formulario se relaciona con un servicio o tratamiento médico denegados? ◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es "sí", escriba la fecha de la carta de negación: _____

En el espacio a continuación, escriba el motivo y una breve descripción de su apelación. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

_____ _____

Firma del miembro Fecha

_____ _____

Firma del representante autorizado Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) de DHMC, llamando al 303-602-2261, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si no podemos responder su llamada, deje un mensaje y le devolveremos la llamada dentro de las 48 horas.

Health First COLORADO
Colorado's Medicaid Program

Administered by
Denver Health
Medicaid Choice

DH Medicaid Choice
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204