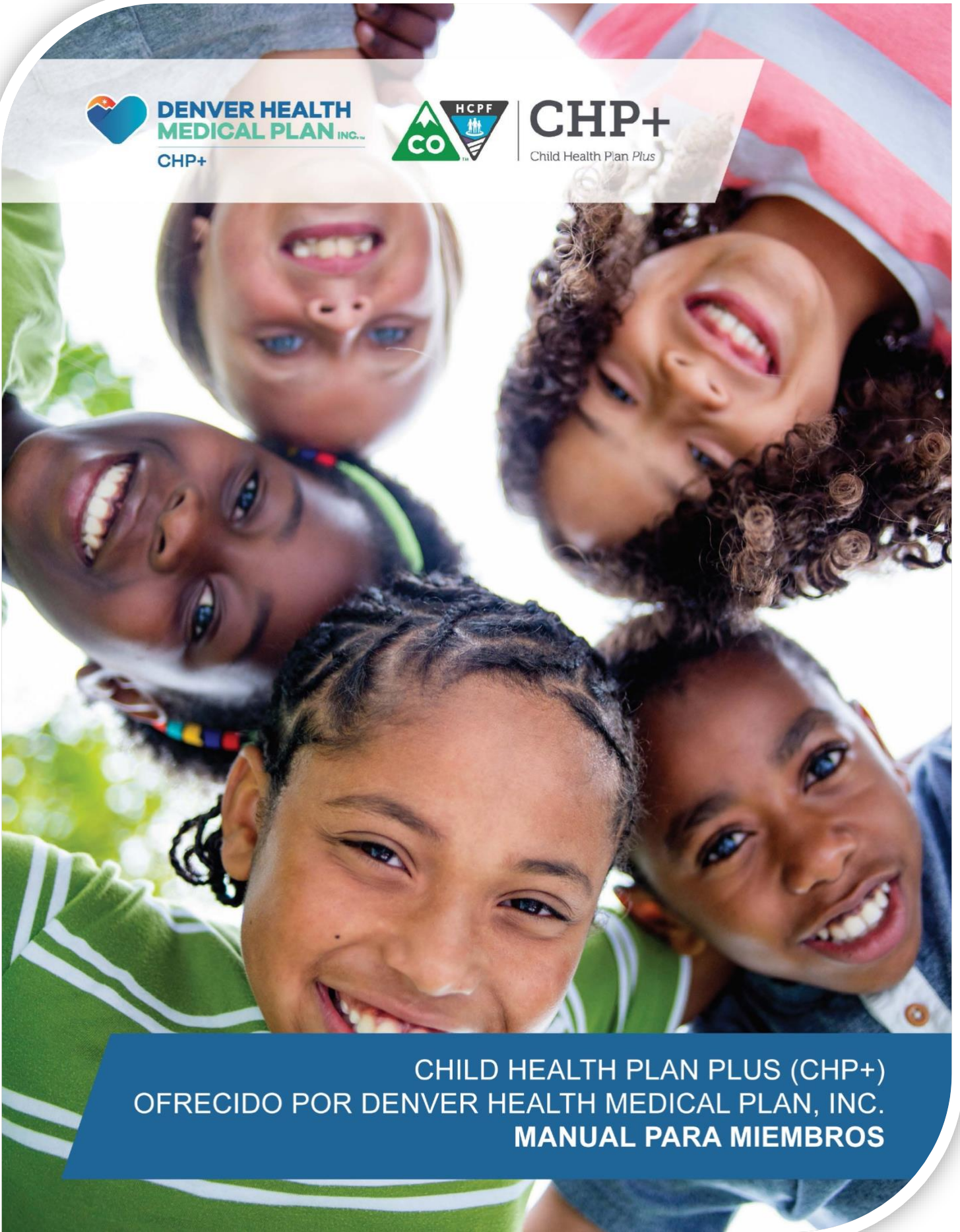




**DENVER HEALTH  
MEDICAL PLAN INC.**  
CHP+



**CHP+**  
Child Health Plan Plus



**CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)  
OFRECIDO POR DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC.  
MANUAL PARA MIEMBROS**

## >> ÍNDICE

<b>Terminología</b> .....	<b>3</b>	Privacidad .....	17
<b>Números de teléfono importantes</b> .....	<b>6</b>	Formar parte del Comité Asesor del Consumidor .....	17
<b>¡Bienvenido a DHMP!</b> .....	<b>7</b>	Boletín informativo para miembros de DHMP.....	17
Video de orientación para miembros nuevos.....	7		
Su tarjeta de id. de miembro de CHP+ .....	8		
<b>Dónde puede recibir atención</b> .....	<b>10</b>		
<b>1) Cómo funciona su plan</b> .....	<b>11</b>	<b>2) Sus derechos y responsabilidades</b> .....	<b>18</b>
Cómo obtener información acerca de los proveedores .....	11	Sus derechos.....	18
¿Qué es un PCP?.....	11	Sus responsabilidades .....	18
¿Por qué es importante su PCP? .....	11	<b>3) Cómo recibir atención</b> .....	<b>20</b>
Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMP .....	11	Atención de emergencia.....	20
Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista .....	11	Atención de urgencia.....	20
Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios .....	12	Atención posterior a la estabilización .....	20
Inscripción y cancelación de inscripción .....	12	Atención preventiva y de rutina .....	21
Inscripción abierta .....	13	Cómo programar una cita .....	21
¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP? ....	13	Normas para citas de DHMP .....	21
Otro seguro.....	13	Farmacia .....	22
Facturas médicas .....	13	Pharmacy Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo) .....	23
Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes en la facturación .....	14	<b>4) Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar</b> .....	<b>24</b>
¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba? .....	14	Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar .....	24
¿Cuándo no debe pagar por los servicios? ....	14	<b>5) Atención médica para la mujer</b> .....	<b>25</b>
Planes de incentivos para médicos .....	14	Consulta a un obstetra o ginecólogo .....	25
Lesiones o enfermedades causadas por terceros .....	15	Planificación familiar .....	25
¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?.....	16	Atención durante el embarazo.....	25
Representante para tomar decisiones .....	16	Cómo inscribir a su recién nacido en DHMP .....	25
Uso de un representante personal designado (DPR) .....	17	<b>6) Atención médica para niños</b> .....	<b>26</b>
		Servicios de intervención temprana (EIS) .....	26
		Controles del niño recomendados con su PCP ...	26
		Vacunas para niños y adolescentes.....	26
		Cronograma de vacunas.....	26
		Vacunas para niños y adolescentes.....	27

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100**  
o sin costo al 1-800-700-8140.

<b>7) Programas especiales de atención médica ..... 28</b>	<b>12) Apelaciones..... 48</b>
Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas ..... 28	¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios? ..... 48
Gestión de casos..... 28	Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios..... 48
Gestión de la Utilización de Servicios..... 29	¿Qué es una apelación?..... 48
Médicamente necesario..... 29	Cómo presentar una apelación ..... 49
Pautas de práctica clínica ..... 29	Cómo presentar una apelación acelerada (rápida) ..... 49
<b>8) Sus beneficios de DHMP..... 30</b>	Después de presentar una apelación ..... 49
Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan..... 44	Cómo extender los plazos de las apelaciones.....50
<b>9) Servicios adicionales ..... 45</b>	Cómo obtener ayuda para presentar una apelación ..... 50
NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health..... 45	Audiencia imparcial estatal ..... 50
<b>10) Calidad ..... 46</b>	Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal ...51
<b>11) Quejas ..... 47</b>	<b>FORMULARIOS INCLUIDOS AL FINAL DEL MANUAL:</b>
¿Qué es una queja? ..... 47	• Formulario de coordinación de beneficios
Qué hacer si tiene una queja..... 47	• Formulario de nombramiento de representante personal designado
Después de presentar una queja..... 47	• Formulario de quejas y apelaciones de los miembros
Si necesita ayuda para presentar una queja ..... 47	
Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja ..... 47	

**LETRAS GRANDES U OTROS IDIOMAS:**

**Si necesita este manual en letras grandes, en otros formatos, en otros idiomas, o que se lo lean en voz alta, o necesita una copia, llame al 303-602-2100 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 English, we have free assistance services available in your language. Call 1-800-700-8140 (State Relay 711).**

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 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 solicitar 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 en 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:** seguro o plan que ayuda a pagar los fármacos y medicamentos con receta

**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

**Medicamento 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.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

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

**Plan de salud:** 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:** 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 prestar servicios a los miembros del contratista

**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

**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.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Servicios de cuidados paliativos:** 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:** usted no tiene que pagar por servicios que no están cubiertos.

**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 menores, 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.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

**EMERGENCIAS: LLAME AL 9-1-1.**

**Línea de Asesoramiento de Enfermería (Nurse Advice Line): 303-739-1261**

**Línea de Citas (Appointment Line):**

- Para programar una cita: 303-436-4949

**Si necesita ayuda o tiene preguntas o inquietudes:**

- Servicios del Plan de Salud: 303-602-2100
- Llamada gratuita: 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
- Delta Dental 1-800-610-0201
- 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

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



## >> ¡BIENVENIDO A DHMP!

¡Bienvenido a Child Health Plan Plus (CHP+) ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.!

Nos complace que haya elegido a Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) con Child Health Plan Plus (CHP+). CHP+ es un programa de seguro de salud de bajo costo para los niños de Colorado sin seguro menores de 19 años. CHP+ es para los niños cuyas familias ganan o poseen demasiado para reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid pero que no pueden pagar un seguro privado.

DHMP es una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que gestiona la atención para miembros de CHP+ a través de la red de Denver Health. Para recibir la cobertura de DHMP, usted debe residir en los condados de Denver, Jefferson, Adams o Arapahoe. Si se muda y necesita actualizar su domicilio, llame al Departamento de Servicios de la Salud (Department of Health Services, DHS) de su condado local o al Programa de Asistencia Médica de Colorado al 1-800-359-1991 para que le llegue su correspondencia. En DHMP, nuestra principal inquietud es que su hijo reciba la atención médica adecuada. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** si desea obtener más detalles acerca de la estructura y funcionamiento de DHMP.

Vea nuestro video de orientación para miembros nuevos para obtener información importante sobre los servicios y beneficios que se le ofrecen a través de su plan CHP+. Encontrará el video en <http://www.denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-chp>.

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMP. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores de atención médica que trabajan con DHMP. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en Internet, en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>.

Este *Manual para miembros* lo ayudará a que su hijo obtenga la atención médica que necesita. En este manual, se explican los beneficios que su hijo recibirá como miembro de DHMP. Este documento también es su *Evidencia de cobertura*. Usted tiene derecho a obtener en cualquier momento un nuevo *Manual para miembros* y todos los datos del *Manual para miembros*. Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** por teléfono al **303-602-2100** o por escrito si necesita un nuevo *Manual para miembros*, un *Directorio de proveedores* o si tiene alguna pregunta. Los materiales se le enviarán dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha en que se hayan solicitado. DHMP está aquí para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este manual, o tiene dudas, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

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 del Plan de Salud al 303-602-2100** si necesita este manual o cualquier otra información para miembros en otro idioma o en un formato diferente.

DHMP brinda a sus miembros servicios de intérpretes gratuitos en varios idiomas. Si desea utilizar los servicios de un intérprete durante sus visitas a las clínicas, comuníquese 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, sin costo alguno para usted, llame a Servicios del Plan de Salud.

DHMP también ofrece servicios de TTY, sin costo alguno, para aquellas personas con impedimentos auditivos. El número de teléfono TTY de Servicios del Plan de Salud es 711. Si usted necesita un intérprete de lenguaje de señas u otro tipo de asistencia durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al Centro de Citas antes de la fecha de su cita para poder hacer los arreglos pertinentes con un intérprete.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



### **Su tarjeta de id. de DHMP:**

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMP al visitar a su proveedor, recoger un medicamento en la farmacia o para obtener cualquier otro servicio de salud. Si no lleva su tarjeta posiblemente no reciba los servicios. Si usted pierde su tarjeta de id., llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar una nueva.

### **Como miembro de DHMP, usted debe:**

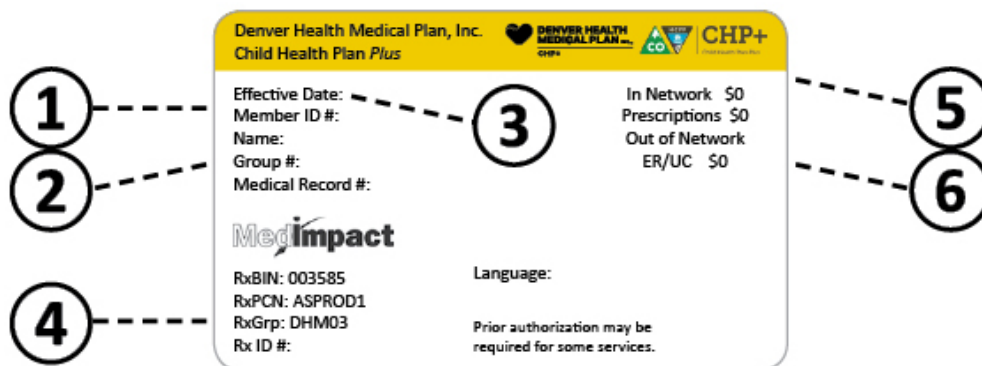
- leer este *Manual para miembros*;
- llamar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) cada vez que usted o su hijo necesiten atención médica;
- acudir a las citas con su PCP y con otros proveedores;
- brindar información honesta acerca de su salud cuando se la pidan su PCP o el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

### **Como su plan de salud, nos comprometemos a:**

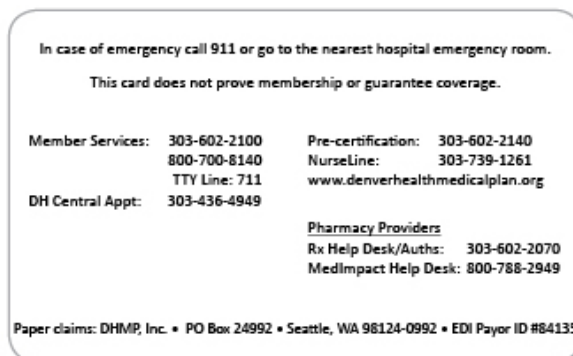
- resolver problemas mediante el trabajo en equipo y la buena comunicación;
- luchar por la excelencia a través de la mejora continua;
- utilizar nuestro tiempo, talento y recursos de manera responsable y eficaz;
- tratar a todos con cortesía, dignidad y respeto.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## Su tarjeta de id. de CHP+ de DHMP



Frente



Reverso

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1) Número de id. del miembro | 4) Número de grupo para medicamentos con receta |
| 2) Número de grupo           | 5) Nombre del plan                              |
| 3) Fecha de emisión          | 6) Copagos de beneficios                        |

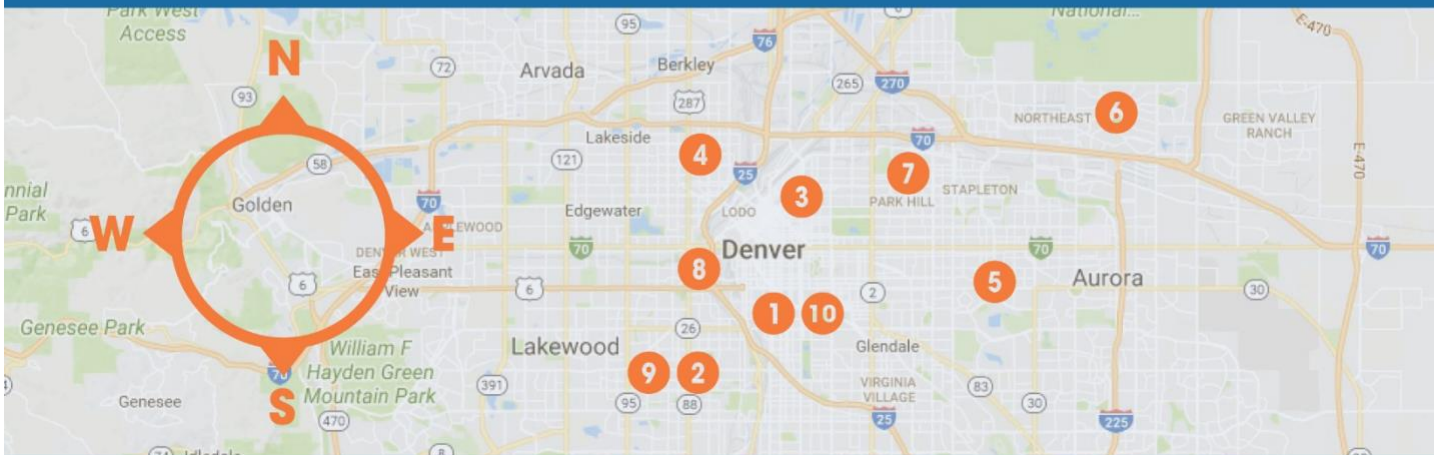
Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> DÓNDE PUEDE RECIBIR ATENCIÓN



**DENVER  
HEALTH™**  
— est. 1860 —

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. 6<sup>th</sup> Ave.  
**Rx**

**2** Federico F. Peña Southwest  
Family Health Center  
1339 S. Federal Blvd.  
**Rx +**

**3** Gipson Eastside Family Health  
Center  
501 28<sup>th</sup> St.  
**Rx**

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

**5** Lowry Family  
Health Center  
1001 Yosemite St.  
**Rx**

**6** Montbello Family  
Health Center  
12600 Albrook Dr.  
**Rx**

**7** Park Hill Family  
Health Center  
4995 E. 33<sup>rd</sup> Ave.

**8** Sandos Westside Family Health  
Center  
1100 Federal Blvd.  
**Rx**

**9** Westwood Family  
Health Center  
4320 W. Alaska Pl.  
**Rx**

**10** Denver Health  
Medical Center  
777 Bannock St.  
**Rx +**

Farmacia disponible  
en esta clínica



Atención de urgencia  
disponible en esta clínica



Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 1) CÓMO FUNCIONA SU PLAN

### Cómo obtener información acerca de los proveedores:

Puede llamar al consultorio de su proveedor o a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100**.

### ¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, 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, vacunas 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 DHMP:

Usted debe elegir a un PCP o un hogar médico de inmediato. Usted puede consultar el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores y las clínicas de DHMP para elegir a su PCP o su hogar médico. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMP o véalo en Internet en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>.

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 elige

un PCP o un hogar médico, DHMP le asignará la clínica familiar de DH más cercana. En “Dónde puede recibir atención” en este manual, 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 dígalos 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 DHMP para que usted consulte a determinados especialistas. Es necesario obtener una aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de ver a un especialista fuera de DHMP. Si no recibe una aprobación de su PCP o de la Gestión 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 DHMP.
- Para consultar a un obstetra o ginecólogo (un proveedor que solamente trata a mujeres debido a razones reproductivas) para exámenes anuales.
- Para recibir servicios de planificación familiar o ver a un proveedor de planificación familiar.
- Para recibir atención de emergencia o urgencia (dentro o fuera de DHMP).
- Para servicios de salud mental para pacientes externos. Usted puede autoremítirse para recibir estos servicios de un proveedor de la red, pero se podrán aplicar límites a los beneficios.
- Para servicios de emergencia de salud mental o de abuso de sustancias. Usted tiene

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

la responsabilidad de asegurarse de que se haya notificado a DHMP acerca de la internación de emergencia.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información acerca de las aprobaciones.

### **Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios:**

DHMP le comunicará por escrito siempre que haya un cambio sustancial (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 DHMP;
- beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMP;
- 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.

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

### **Inscripción y cancelación de inscripción:**

Usted es quien decide ser miembro de DHMP. Usted puede cancelar su inscripción en DHMP por cualquier motivo en los siguientes casos:

- Usted es un miembro nuevo de DHMP y ha estado inscrito en DHMP durante 90 días o menos.
- Usted se encuentra en el período de inscripción abierta (consulte la sección “Inscripción abierta” en este manual para obtener más detalles).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

- Usted pierde su período de inscripción abierta porque perdió su elegibilidad para recibir los beneficios de CHP+ durante un período corto.

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

- Se muda fuera del área de cobertura de DHMP (condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver).
- DHMP no puede brindarle servicios debido a una objeción moral o religiosa.
- Usted necesita recibir dos (2) o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no está disponible en la red de DHMP, y su proveedor le informa a DHMP que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMP por error.
- Usted siente que la calidad de la atención que recibe es deficiente, no tiene acceso a los servicios de DHMP ni a los tipos de proveedores que usted necesita, y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Health Care Policy and Financing, HCPF) está de acuerdo.
- Su PCP abandona la red DHMP.
- Otras razones aprobadas por el HCPF.

DHMP puede solicitarle que cancele su inscripción en el plan DHMP. DHMP puede obtener el permiso del HCPF para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted ya no es un residente permanente en el área de servicio de DHMP o ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMP 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 CHP+.



- Usted se encuentra en un plan de Medicare u otro plan de salud que no es un plan DHMP.
- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño.
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMP intencionalmente acerca de usted mismo, y dicha información afecta su condición de inscripción.
- Cualquier otra razón dada por DHMP y con la que el HCPF esté de acuerdo.

DHMP también puede solicitarle que cancele su inscripción en el plan DHMP. 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 DHMP (listadas como “Sus responsabilidades” en este manual).
- Es abusivo con sus proveedores, el personal de DHMP u otros miembros de DHMP.

DHMP debe darle una (1) advertencia verbal antes de que pueda solicitar la cancelación de su inscripción por estas razones. Si continúa con su comportamiento, DHMP 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 DHMP si continúa con su comportamiento.

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

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

#### **Inscripción abierta:**

También tiene 20 días (los 20 días antes del final de su período de elegibilidad) para cambiar de

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

DHMP a otro plan de salud por cualquier motivo. Estos plazos se conocen como período de inscripción abierta.

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

#### **¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP?**

Usted no puede recibir servicios a través de DHMP cuando:

- Usted pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de CHP+.
- Se muda fuera de Colorado durante más de 30 días.
- Se une a otro plan de salud.
- Se muda a un condado fuera del área de servicio de DHMP (condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson).

#### **Otro seguro:**

Ser elegible para recibir los beneficios de CHP+ depende de que el miembro no tenga ningún otro seguro de salud que no sea el Programa de Atención para Personas de Bajos Recursos y el Programa de Atención Médica para Niños con Necesidades Especiales (Health Care Program for Children with Special Needs, HCP). Si el miembro está cubierto por otro seguro válido, dejará de ser elegible para recibir los beneficios de CHP+.

Si usted contrata cualquier otro seguro de salud, debe informarle a DHMP. Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o completar el formulario al final de este manual y enviarlo al domicilio indicado en el formulario. Puede encontrar formularios adicionales en Internet en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordinacion-benefits>. Si se descubre que un miembro de DHMP tiene otro seguro de salud, su cobertura de DHMP será cancelada (finalizada). Las excepciones a tener cobertura doble son Medicare y seguro dental.

#### **Facturas médicas:**



DHMP paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMP. Posiblemente deba pagar por un servicio si no está cubierto o si lo brinda un proveedor fuera de la red de DHMP sin obtener la aprobación primero (consulte “Cómo obtener una aprobación o una remisión para consultar a un especialista” para obtener más información). Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si recibe una factura de un proveedor.

### **Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes en la facturación:**

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

Estos son ejemplos de posibles fraudes:

- Un proveedor de atención médica le factura a DHMP servicios que usted nunca obtuvo.
- Un proveedor de insumos le factura a DHMP por un equipo diferente al que usted recibió.
- Alguien utiliza la tarjeta de id. de CHP+ de otra persona para obtener atención médica, insumos o equipos.
- Alguien le factura a DHMP por equipos médicos a domicilio después de que estos han sido devueltos.
- Una empresa utiliza información falsa para engañarlo para que se una a un plan DHMP.

Si cree que un plan CHP+ o un proveedor de DHMP lo ha engañado, llame a la **Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit, SIU)** de DHMP al **303-602-9400** o envíe un correo electrónico a [ComplianceDHMP@dhha.org](mailto:ComplianceDHMP@dhha.org).

Guarde los recibos que le den los proveedores cuando reciba servicios de atención médica. Use sus recibos 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 recibo 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](mailto: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 DHMP o su PCP;
- si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto;
- si no respeta las reglas de la farmacia;
- si hay 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 DHMP, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

### **¿Cuándo no debe pagar por los servicios?**

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

### **Planes de incentivos para médicos:**

DHMP no utiliza un plan de incentivos para médicos. Esto significa que DHMP no les paga más dinero a los proveedores para que usted reciba menos servicios

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

de atención médica ni les paga menos dinero a los proveedores que le brinden más servicios de atención médica. Si desea obtener más información sobre esto, llame a Servicios del Plan de Salud.

### **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:

- DHMP puede cobrar los beneficios pagados directamente a la parte responsable o a la compañía de seguros de la parte responsable.
  - Le dirá a DHMP, dentro de los 30 días de haberse lesionado o enfermado, cuando otra parte haya causado la lesión o la enfermedad.
  - Le dirá a DHMP los nombres de la parte responsable y la compañía de seguros de la parte responsable.
  - Le dirá a DHMP el nombre del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
  - Usted o su abogado notificará a la compañía de seguros de la parte responsable que:
    - DHMP ha pagado o está en el proceso de pagar sus facturas médicas.
    - La compañía de seguros debe comunicarse con DHMP para discutir el pago a DHMP.
    - La compañía de seguros debe pagarle a DHMP 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 se pague por completo a DHMP.
  - Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía de seguros hasta que DHMP 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 DHMP, usted o su abogado tendrán que pagarle a DHMP hasta haber saldado la deuda por los beneficios pagados. DHMP no debe pagarle a su abogado ningún honorario ni costo por el cobro del dinero del seguro.
  - DHMP 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. DHMP podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
  - DHMP le podrá dar a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMP necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar un permiso para proveer los registros de DHMP a la compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualquier otra documentación que ayuden a DHMP a recibir su pago.
  - Usted y su abogado le proveerán a DHMP cualquier información solicitada acerca de su reclamo contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMP acerca de cualquier acuerdo con la parte responsable o demandas contra esta, y sobre la compañía de seguros de dicha parte.
  - Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMP para cobrar por parte de la compañía de seguros los beneficios pagados.
  - Usted le deberá a DHMP cualquier dinero que DHMP sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted accede a pagar a DHMP todos los honorarios y costos de abogados que DHMP 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 DHMP, DHMP podrá comunicarse con el estado de Colorado y solicitará la cancelación de su inscripción en DHMP por esta causa y que se lo inscriba en el plan estatal de CHP+.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

- DHMP 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. DHMP no pagará ninguna factura médica que la otra compañía de seguros no haya pagado debido a que usted no respetó sus reglas.

Si tiene alguna pregunta, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

### ¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?

Las instrucciones médicas anticipadas (o instrucciones, para abreviar) son instrucciones específicas, hechas de antemano, que se utilizan para dirigir 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 DHMP 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. Las instrucciones son para personas de 18 años y mayores (o un menor emancipado) que es capaz de tomar sus propias decisiones médicas.

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 <http://www.denverhealthmedicalplan.org/chp-forms-documents> y avíseles a otras personas. 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 el formulario 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 obtener más información acerca de las instrucciones, puede llamar a su proveedor de atención médica o a **Servicios del Plan de Salud**

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

al **303-602-2100**. 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 DHMP 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 DHMP 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 del Plan de Salud 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. DHMP 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 DHMP. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud 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 DHMP es un grupo formado por personal, miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMP que se reúnen regularmente para hablar sobre el plan DHMP. Cuando usted se une al Comité Asesor del Consumidor de DHMP, nos ayuda a mejorar nuestro plan. ¿Desea ayudar a mejorar su plan de salud? ¿Tiene ideas respecto de los cambios que debería implementar DHMP? ¿O simplemente desea compartir sus experiencias con el personal de DHMP? Queremos oír todo lo que tenga que decir. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** para formar parte del Comité Asesor del Consumidor de DHMP.

### **Boletín informativo para miembros de DHMP:**

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

### **Solicitud del plan de evaluación y mejora de la calidad:**

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Como miembro de DHMP, usted puede solicitar una copia del plan de evaluación y mejora de la calidad. Visite: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>

[quality-improvement-program](#) para obtener el plan más actualizado.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 2) SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### Sus derechos:

Denver Health Medical Plan (DHMP) 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 DHMP, a otro personal de atención médica y a usted, nuestro miembro.

DHMP se compromete a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMP, usted tiene los siguientes derechos:

- 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. DHMP programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMP 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 DHMP 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 DHMP (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 recibir servicios de atención médica fuera de la red de Denver Health si a usted no le es posible recibirlos en la red de Denver Health (DHMP primero debe aprobar los casos que no sean de emergencia o urgencia).
- A solicitar y a recibir una copia de sus registros médicos, y a solicitar que se enmienden o corrijan.
- A presentar una queja o una apelación, o a solicitar una audiencia imparcial estatal.
- A unirse al Comité Asesor del Consumidor de DHMP.
- A obtener información completa sobre beneficios de DHMP. 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 antes mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMP.
- A que se le proporcionen servicios de atención médica de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.

### Sus responsabilidades:

DHMP desea brindarle a cada miembro una atención médica sobresaliente y una experiencia

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



grata cada vez que acuda 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 DHMP, usted también es 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 DHMP;
- llamar al Centro de Citas para cambiar su PCP;
- pagar por toda atención médica que reciba sin la remisión de su PCP (a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia o urgencia);
- pagar por todo servicio no cubierto por DHMP o CHP+;
- comunicar a DHMP acerca de cualquier otro seguro que tenga además de CHP+;
- llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 3) CÓMO RECIBIR 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. Una emergencia es cuando 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.

DHMP no se negará a proporcionarle servicios de emergencia si el proveedor no se comunica con DHMP 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. DHMP cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencia, de urgencia y de estabilización no necesitan una aprobación previa por parte de DHMP. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención médica que reciba que no sea atención de emergencia, urgencia o estabilización debe ser provista por un proveedor de Denver Health.

Llame a Servicios del Plan de Salud lo antes posible cuando usted o su hijo sean internados debido a una situación de emergencia (no programada).

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 Denver Health al 303-739-1261.** Esta línea puede comunicarlo con una enfermera de DHMP durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La enfermera de DHMP 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 DHMP para acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Usted puede consultar a un proveedor de atención de urgencia incluso si su proveedor se encuentra fuera de la red de DHMP.

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 St.). Estas clínicas están abiertas de 8:30 a.m. a 10 p.m., de lunes a viernes, y de 10 a.m. a 9 p.m. los fines de semana.

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. DHMP pagará por su atención posterior a la estabilización si se encuentra en Denver Health. Si se encuentra en un hospital que no es Denver Health debido a una emergencia, su

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMP.

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

- El proveedor en el hospital que no es Denver Health le solicita a DHMP la aprobación de sus servicios de atención médica posterior a la estabilización y DHMP no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una (1) hora.
- No se puede comunicar con DHMP.
- DHMP y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.

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

- Un proveedor de DHMP que también trabaja en un hospital que no es de Denver Health se hace responsable de su atención.
- El proveedor del hospital que no es de Denver Health le comunica a DHMP que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health, y un proveedor de DHMP se hace cargo de usted.
- DHMP y el proveedor del hospital que no es de Denver Health llegan a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.
- 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 es 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), DHMP trabajará para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. DHMP seguirá cubriendo

su atención 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 DHMP cobraría por los servicios proporcionados por DHMP.

**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. Llame al Centro de Citas para recibir ayuda para este tipo de atención. Si hay otros tipos de servicios sobre los cuales tiene dudas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

**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, comuníquese 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:

<b>Normas para citas de DHMP</b>	
<b>Tipo de atención</b>	<b>Normas para citas</b>
<b>Emergencia</b>	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<b>Urgencia</b>	Dentro de las 24 horas de su llamada
<b>Médica no urgente/no emergente, no urgente y sintomática</b>	Dentro de los 7 días
<b>No urgente, con síntomas de abuso de sustancias o problema de salud mental</b>	Dentro de los 7 días calendario
<b>Exámenes físicos de bienestar para pacientes asintomáticos/problema</b>	Dentro de los 30 días

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Normas para citas de DHMP	
médico no emergente y no urgente	
Citas ambulatorias de seguimiento	Dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria

**Farmacia:**

Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMP con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMP pague por su medicamento con 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. 6<sup>th</sup> Ave.  
Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy  
501 28<sup>th</sup> 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 DHMP. Algunas

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

farmacias fuera de Denver Health aceptan el seguro de DHMP, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens. Puede visitar en Internet <http://www.denverhealthmedicalplan.org> y usar Pharmacy Locator (Localizador de farmacia) para encontrar una farmacia cercana a usted.

Puede llamar al número de teléfono que figura en su envase para solicitar una renovación. Si usa las farmacias de Denver Health, puede solicitar una renovación llamando a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** al **303-389-1390** o puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco 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, comuníquese a su farmacia.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta fuera del horario habitual de atención de la farmacia, 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 DHMP.

DHMP cuenta con una lista de medicamentos cubiertos. A esta lista se la conoce como *Formulario de medicamentos*. Si su proveedor emite una receta para un medicamento con receta que no se encuentra en el *Formulario de medicamentos*, puede haber otro medicamento en la lista 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, este tendrá que completar un formulario de autorización previa y explicarle a DHMP por qué se necesita ese medicamento. DHMP les informará a usted, su proveedor y su farmacia si pagará o no por el medicamento.

Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los

medicamentos de venta libre del *Formulario de medicamentos* solamente se pueden obtener en Denver Health. 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);
- desempeño/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);
- pérdida de peso;
- tratamientos experimentales o en investigación (medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos).

#### **Pharmacy Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo):**

DHMP ofrece Pharmacy Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo). 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 veces al año.

Las medicaciones que están cubiertas 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 medicaciones cubiertas. Si su domicilio cambia, llame a **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.

Este programa no provee sustancias controladas ni medicaciones especializadas. Estas se deben recoger en cualquier farmacia ambulatoria de

Denver Health. Para renovar los medicamentos con receta en Pharmacy by Mail, llame a **Solicitud de Renovaciones (Refill Request)** al **303-389-1390**.

Para obtener información acerca de sus beneficios de farmacia, visite <http://www.denverhealthmedicalplan.org> y haga clic en Child Health Plan Plus. 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 de medicamentos*) también puede utilizarse para buscar un medicamento en el *Formulario de medicamentos*.
  - 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.
- Hacer clic en el enlace Pharmacy Locator (Localizador de farmacias) para encontrar una farmacia cerca de donde se encuentre usted.
- Hacer clic en el enlace Drug Info Search/Login (Búsqueda de información del medicamento/Inicio de sesión) (se registra con su id. de miembro para iniciar sesión) para buscar interacciones entre medicamentos y efectos secundarios comunes.
- Hacer clic en el enlace Prior Authorization Form (PAR)/Exception Request Form (Formulario de autorización previa/Formulario de solicitud de excepción) para comenzar a solicitar una autorización previa. Esto también se denomina solicitar una excepción.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de farmacia, llame a **Servicios del Plan de Salud**

al **303-602-2100** o al **1-800-700-8140**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



## >> 4) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN 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 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 urgencias deciden que deben internarlo en un hospital, comuníquese con **Out-Of-Network Hospitalization Line (Línea de Hospitalización Fuera de la Red) de DHMP** llamando al **303-602-2162** lo antes posible e infórmenos sobre su hospitalización. DHMP se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención que necesite. Cuando su salud mejore lo suficiente, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMP 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 DHMP. Fuera de Colorado, los medicamentos con receta solo están cubiertos para situaciones de emergencia por un suministro máximo para 3 días. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMP consigo para mostrársela al farmacéutico.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 5) ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MUJER

### Consulta a un obstetra o ginecólogo:

No necesita una aprobación ni una remisión para consultar a un obstetra o ginecólogo de DHMP para recibir servicios durante el embarazo o atención femenina de rutina. Si usted ya lleva más de tres (3) meses de embarazo y es un miembro nuevo de DHMP, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual, incluso si se encuentra fuera de la red de DHMP. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

### Planificación familiar:

Una vez que haya seleccionado a un proveedor de atención de planificación familiar, ya sea que el proveedor sea su PCP, o un obstetra o ginecólogo, usted debe consultar a ese proveedor para todos sus servicios de planificación familiar. Si utiliza el mismo proveedor, usted tendrá una mejor oportunidad de recibir una buena atención.

### 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 DHMP:

Todos aquellos bebés que nazcan de madres que sean miembros de DHMP quedan cubiertos desde la fecha de nacimiento hasta 30 días calendario, o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Puede inscribir a su hijo en DHMP, de la misma manera que la madre lo hizo, y este recibirá atención en Denver Health. También puede llamar a **Child Health Plan Plus (CHP+)** al **1-800-359-1991** para agregar al recién nacido.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 6) ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

### Servicios de intervención temprana (EIS):

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 3 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.

Se trata de un programa opcional y no discrimina por motivos de raza, cultura, religión, nivel de ingresos ni discapacidad.

Para obtener más información acerca de los EIS, llame al **1-888-777-4041** o visite <http://www.eicolorado.org>.

### Controles del niño recomendados con su PCP:

Debe recibir todos los controles necesarios y recomendados para que su PCP pueda detectar señales tempranas de enfermedad. También debe utilizar sus visitas de control para asegurarse de que reciba todas las vacunas adecuadas.

DHMP recomienda los siguientes controles y pruebas de detección:

Edad	Controles/pruebas de detección
<b>0 a 15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controles del niño sano/físicos: 8 visitas</li> <li>• dental: cada 6 meses a partir de 1 año de edad</li> <li>• audición: 1 control en hospital (al nacer); 2 controles</li> </ul>

Edad	Controles/pruebas de detección
<b>18 meses a 2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• visión: 1 control</li> <li>• controles del niño sano/físicos: 3 visitas</li> <li>• dental: cada 6 meses</li> <li>• audición: 1 control después de cada efusión del oído medio</li> <li>• visión: 1 control a los 2 años de edad</li> </ul>
<b>3 a 20 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controles del niño sano/físicos: 1 visita por año</li> <li>• dental: cada 6 meses</li> <li>• audición: 1 control a los 4-6, 8 y 10 años de edad</li> <li>• visión: 1 control</li> </ul>

### 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.

### Cronograma de vacunas:

Edad	Vacunas
<b>Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis B.</li> <li>• DTaP (Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina).</li> <li>• IPV, poliomielitis.</li> <li>• Hib (haemophilus influenza tipo b).</li> <li>• PCV, neumocócica (Previene la neumonía).</li> <li>• RV, rotavirus (virus estomacal).</li> </ul>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Edad	Vacunas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza, gripe estacional (a partir de los 6 meses de edad).</li> </ul>
<b>1 a 3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis A.</li> <li>• Hepatitis B.</li> <li>• Hib.</li> <li>• Poliomielitis.</li> <li>• SPR (Previene el sarampión, las paperas y la rubéola).</li> <li>• Varicela (Previene la varicela si el niño no ha tenido varicela).</li> <li>• DTaP.</li> <li>• Neumocócica.</li> <li>• Meningocócica (Previene la meningitis).</li> <li>• Influenza (cada 6 meses).</li> </ul>
<b>4 a 6 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DTaP.</li> <li>• Poliomielitis.</li> <li>• SPR.</li> <li>• Varicela.</li> <li>• Influenza (cada 6 meses).</li> </ul>
<b>11 a 12 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tdap (Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina).</li> <li>• VPH, virus del papiloma humano (Previene las verrugas genitales).</li> <li>• Meningocócica (Previene la meningitis).</li> <li>• Influenza: anual.</li> </ul>
<b>13 a 21 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse.</li> </ul>

Edad	Vacunas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza: anual.</li> </ul>
<b>Adulto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Td (Previene el tétanos y la difteria): cada 10 años.</li> <li>• Influenza: anual.</li> <li>• Neumocócica: después de los 65 años.</li> <li>• Zóster: después de los 65 años de edad (Previene la culebrilla).</li> </ul>

### **Vacunas para niños y adolescentes:**

Las vacunas para niños y adolescentes están cubiertas según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Todas las vacunas recomendadas son un beneficio cubierto sin costo para el miembro.

La vacuna contra el VPH está cubierta para las niñas y los niños elegibles, y se recomienda enfáticamente para evitar el cáncer de cuello uterino (para las niñas) o verrugas genitales.

Se recomienda que los niños reciban una vacuna contra la gripe cada año. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMP sugiere especialmente la vacuna contra la gripe para las siguientes personas:

- todos los niños en riesgo elevado;
- niños con problemas de salud de larga duración o con un problema en el sistema inmunitario o niños con asma;
- niños de 6 a 59 meses de edad (4 años y 11 meses);
- niños con hermanos y hermanas menores de 6 meses de edad;
- 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 3 meses de embarazo durante la temporada de gripe (si el bebé nacerá entre diciembre y mayo).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Consulte la tabla "Cronograma de vacunas" en este manual para obtener más información sobre las vacunas.

## >> 7) PROGRAMAS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

DHMP 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 duren 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.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información. También puede hablar con su PCP si tiene necesidades especiales médicas.

### **Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas:**

Si usted es un miembro nuevo con necesidades especiales, puede seguir viendo a su proveedor que no pertenece a DHMP durante sesenta (60) días después de inscribirse en DHMP. Su proveedor que no pertenece a DHMP debe acceder a trabajar con DHMP 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 inscribirse en DHMP. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMP durante esos 75 días.

Usted debe comunicarle a DHMP 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 del Plan de Salud 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 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.

Si el especialista que usted debe consultar pertenece a la red de Denver Health, su PCP puede remitirlo a ese especialista. Si el especialista no pertenece a la red de Denver Health, usted deberá llamar a **Gestión Médica** al **303-602-2140** para obtener este tipo de remisiones. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene alguna pregunta acerca de las remisiones permanentes.

### **Servicios de gestión de casos:**

En DHMP, entendemos que las personas pueden enfrentar muchos desafíos al vivir con diagnósticos complejos. Denver Health and 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 para atender todas sus necesidades especiales de atención médica;
- 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 ayudarlos 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

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

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 la 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.

Su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un miembro de su equipo de atención puede iniciar los servicios de gestión de atención. Si usted tiene interés en alguno de estos servicios, comuníquese con su hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, 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 por 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 instalación que no pertenezca a Denver Health. Consulte la sección “Sus beneficios de DHMP” que se encuentra en este manual para obtener más información acerca de los servicios cubiertos que requieren autorización por parte de DHMP. 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 entorno adecuado.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud 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 la sección “¿Qué es una apelación?” de este manual para obtener más información.

Puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud si desea saber qué información utiliza DHMP cuando toma decisiones respecto de las autorizaciones o cómo garantizamos que usted reciba atención de calidad.

#### **Médicamente necesario:**

DHMP 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 cubrirá este plan. Esto significa que DHMP solo le proveerá la atención que sea necesaria para diagnosticar, tratar o monitorear una afección. Esto quiere decir que no recibir atención médica podría afectar su salud de manera negativa.

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

#### **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 duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



Si tiene alguna pregunta acerca de qué son las pautas de práctica clínica o cómo se usan, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

También puede solicitar una copia de estas pautas sin costo alguno para usted.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 8) SUS BENEFICIOS DE DHMP

Esta es una lista de sus beneficios de Child Health Plan Plus (CHP+) con DHMP. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMP para que lo cubra.

### PARTE A: TIPO DE COBERTURA

1. TIPO DE PLAN	Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)
2. ¿ESTÁ CUBIERTA LA ATENCIÓN FUERA DE LA RED?	Solo en casos de atención de emergencia y urgencia
3. ÁREAS DE COLORADO EN LAS QUE EL PLAN ESTÁ DISPONIBLE	El plan está disponible solo en las siguientes áreas: los condados de Denver, Jefferson, Arapahoe y Adams.

### PARTE B: RESUMEN DE BENEFICIOS

NOTA IMPORTANTE: Este formulario no es un contrato. Es solo un resumen. Su plan puede excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no figuran a continuación. Es posible que los beneficios que se muestran en este resumen estén disponibles solamente si se siguen los procedimientos del plan requeridos (p. ej., los planes pueden requerir autorización previa, una remisión de su médico de atención primaria o el uso de proveedores o centros especificados). Consulte el *Manual para miembros* para determinar los términos y las condiciones exactos de cobertura.

<b>SOLO DENTRO DE LA RED</b> (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).	
<b>TIPO DE DEDUCIBLE</b> ¿Cuál es el límite máximo de gastos de desembolso directo?	No se aplican deducibles.
<b>DEDUCIBLE ANUAL</b> a) [Individual] [Una persona] b) [Familiar] [Más de una persona]	a) No se aplican deducibles. b) No se aplican deducibles.
<b>LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO DIRECTO ANUAL</b> a) Individual b) Familiar c) ¿El deducible está incluido en el límite de gastos de desembolso directo?	a) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. b) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. c) No se aplican deducibles.
<b>LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO O DE POR VIDA PAGADO POR EL PLAN EN CONCEPTO DE TODA ATENCIÓN</b>	Sin máximo de por vida con excepción de los trasplantes de órganos principales
<b>PROVEEDORES CUBIERTOS</b>	Proveedores de Denver Health and Hospital Authority, y Denver Health Medical Center. Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> para obtener una lista completa de los proveedores actuales.
<b>Con respecto a los planes de la red, ¿puedo acceder a todos los proveedores mencionados anteriormente a través de mi médico de atención primaria?</b>	Sí
<b>PERÍODO DURANTE EL CUAL NO SE CUBREN LAS AFECCIONES PREEXISTENTES</b>	No corresponde; el plan no impone plazos de limitación para las afecciones preexistentes.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**SOLO DENTRO DE LA RED**

(La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

**¿QUÉ TRATAMIENTOS Y AFECCIONES ESTÁN EXCLUIDOS DE ESTA PÓLIZA?**

Las exclusiones varían según la póliza. La lista de exclusiones está disponible inmediatamente cuando lo solicite o consulte el *Manual para miembros*. Revíselas para ver si un servicio o un tratamiento que usted necesita pudiera estar excluido de la póliza.

**Inclusiones y exclusiones:**

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- ✓ Esta marca de verificación significa que el servicio es un beneficio cubierto.
- × Esta marca "x" significa que el servicio no es un beneficio cubierto.

**Servicios de ambulancia y transporte**

Sin copago (100% cubiertos)

DHMP ofrece servicios de ambulancia para emergencias médicas. Los vehículos ambulancia deben estar diseñados para transportar enfermos o heridos, y contar con la licencia correspondiente.

**Servicios no cubiertos:**

- × Transporte comercial, avión privado o automóvil, taxi aéreo o ambulancia para sillas de ruedas.
- × Transporte en ambulancia si no hay emergencia.
- × Si llama a una ambulancia y decide no usar el transporte, entonces usted tendrá que pagar los gastos.
- × Transporte en ambulancia desde la emergencia hasta su hogar.

**Atención dental**

Los servicios dentales no están cubiertos por DHMP, excepto en algunos casos que se describen a continuación. DHMP ofrece cobertura médica y no debe ser considerado como un proveedor de servicios dentales. **Los miembros de CHP+ son elegibles para recibir cobertura dental a través de Delta Dental. Comuníquese con Delta Dental llamando al 303-741-9300 o al 1-800-610-0201.**

Casos en los que DHMP cubrirá ciertos servicios dentales (Debe tener autorización previa):

- ✓ Servicios dentales relacionados con accidentes; incluye la reparación de dientes sanos (dientes completos y sanos que no necesitan más tratamiento que el relacionado con el accidente) o de tejido corporal relacionado, en un plazo de 72 horas después de un accidente.
- ✓ Internaciones para recibir atención dental: no incluye los cargos por los servicios dentales, solo si el miembro tiene una afección física no relacionada con la salud dental que hace que la hospitalización sea médicamente necesaria.
- ✓ Aplicación de barniz de flúor hasta 2 veces al año para niños de entre 0 y 4 años.
- ✓ Procedimientos con base médica para paladar hendido y labio leporino. (Consulte la lista de procedimientos a continuación).

Procedimientos médicamente necesarios para paladar hendido y labio leporino.

(El miembro no debe tener ningún otro seguro dental):

- servicios de cirugía bucal y facial, y servicios relacionados, incluida la atención de seguimiento;
- tratamiento protésico;
- tratamiento de ortodoncia médicamente necesario;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Inclusiones y exclusiones:**

SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

	<ul style="list-style-type: none"><li>• tratamiento de otorrinolaringología.</li></ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>× restauración de los dientes, la boca o la mandíbula por morder o masticar mal;</li><li>× restauraciones que no son médicamente necesarias;</li><li>× servicios dentales para pacientes hospitalizados o ambulatorios (excepto la situación descrita anteriormente);</li><li>× aumento o reducción de la mandíbula superior o inferior;</li><li>× dispositivos artificiales implantados y de injerto óseo para el desgaste dental;</li><li>× terapia de articulación temporomandibular (ATM) o cirugía a menos que tenga una base médica.</li></ul>
<b>Servicios de intervención temprana</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Consulte la sección "Servicios de intervención temprana" de este manual para obtener más información. Los siguientes son algunos de los servicios ofrecidos a través de EIS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ servicios de tecnología de asistencia;</li><li>✓ servicios de la visión y de audiología;</li><li>✓ servicios de intervención del desarrollo;</li><li>✓ servicios de salud, enfermería, médicos y psicológicos;</li><li>✓ servicios de terapia física y ocupacional;</li><li>✓ servicios de lenguaje de señas, palabra complementada y de patologías del habla;</li><li>✓ servicios sociales emocionales;</li><li>✓ servicios de transporte.</li></ul>
<b>Servicios de atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos). No se requiere autorización previa dentro ni fuera de la red.</p> <p>Consulte las secciones "Emergencia" y "Atención de urgencia" en este manual para obtener más información acerca de estos servicios.</p>
<b>Servicios de alimentación y nutrición</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Los servicios de nutrición deben ser ofrecidos por un terapeuta con licencia dentro de la red. Todos los servicios deben ser previamente autorizados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Terapia enteral y nutrición parenteral (total parenteral nutrition, TPN): Estos servicios se prestan normalmente a través de una agencia de atención médica a domicilio.</li><li>✓ Alimentos médicos para uso doméstico para trastornos hereditarios enzimáticos involucrados con el metabolismo de los aminoácidos, ácidos orgánicos y ácidos grasos.</li><li>✓ Asesoramiento en nutrición para personas diabéticas.</li><li>✓ Servicios nutricionales en cuidados paliativos: Evaluación nutricional, asesoramiento y alimentación si se determina que son médicamente necesarios.</li><li>✓ Alimentos formulados para trastornos metabólicos.</li><li>✓ Evaluación nutricional y terapia cuando sean médicamente necesarias.</li><li>✓ Aparatos de alimentación y evaluaciones alimentarias necesarios cuando no es posible la ingesta normal de alimentos.</li><li>✓ Valoración nutricional por obesidad/sobrepeso.</li></ul>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

<b>Inclusiones y exclusiones:</b> <b>SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leche materna humana cuando sea necesaria para la supervivencia del bebé. Cualquier equipo relacionado con los servicios de nutrición estará sujeto al límite de equipo médico durable (durable medical equipment, DME). (Consulte la sección "Equipos e insumos médicos" en esta tabla).</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× alimentación por sonda, alimentación enteral o cualquier tipo de alimento o comida que no sea médicamente necesario o solicitado por los motivos antes expuestos;</li> <li>× programas de pérdida de peso, de ejercicios o de gimnasio;</li> <li>× educación para amamantar o fórmula para bebés (excepto en el caso de trastornos metabólicos);</li> <li>× clínicas de alimentación.</li> </ul>
<b>Educación para la salud</b>	<p>Sin copago (100% cubierta)</p> <p>La educación para la salud provista por el PCP de su hijo está cubierta. Esto puede incluir información sobre cómo alcanzar y conservar la salud física y mental, y cómo evitar enfermedades y lesiones. Tal vez el médico de su hijo le haga preguntas adecuadas para la edad durante la visita de salud de su hijo. Esto lo ayudará a su PCP a decidir sobre los temas por tratar cuando analicen la educación para la salud de su hijo.</p>
<b>Servicios de atención de la audición (audiología)</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pruebas para evaluar la audición adecuadas a la edad para atención preventiva;</li> <li>✓ pruebas para evaluar la audición del recién nacido y seguimiento si no se aprueba el examen;</li> <li>✓ audífonos, cuando sean médicamente necesarios.</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio</b>	<p>Sin copago (100% cubierta). Se requiere autorización previa.</p> <p>Este beneficio se aplica a salud en el hogar y a la terapia de infusión en el hogar (terapia IV), e incluye todos los servicios, insumos o terapias que sean médicamente necesarios para el tratamiento.</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Todos los servicios tienen que ser solicitados por su PCP u otro proveedor de la red de DHMP (que trabaja para DHMP). DHMP debe autorizar todos los servicios y puede revisar los planes de tratamiento para la atención médica a domicilio en cualquier momento. Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios de enfermería.</li> <li>✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras.</li> <li>✓ Servicios nutricionales para determinados trastornos. (Consulte la sección "Servicios de alimentación y nutrición").</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× cuidado de custodia;</li> <li>× atención que es proporcionada por una enfermera que normalmente vive en la casa del miembro o que es un familiar directo del paciente;</li> <li>× servicios o insumos para confort o conveniencia personal;</li> <li>× servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados;</li> <li>× asesoramiento religioso o espiritual.</li> </ul>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

<p><b><i>Cuidados paliativos</i></b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa. Esto incluye todos los servicios, los insumos o las terapias que son médicamente necesarios para el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Visitas al proveedor.</li><li>✓ Enfermería especializada y enfermería con licencia.</li><li>✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras.</li><li>✓ Servicios nutricionales para determinados trastornos. (Consulte la sección “Servicios de alimentación y nutrición”).</li><li>✓ Atención de relevo provista por hasta cinco (5) días continuos por cada 60 días de cuidados paliativos.</li></ul> <p>Para ser elegible para recibir beneficios de cuidados paliativos a domicilio o como paciente hospitalizado, el miembro debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos, según lo certifique el médico a cargo de la atención. Inicialmente DHMP aprueba los cuidados paliativos por un período de tres meses. Una vez que este período se haya agotado, DHMP trabajará con su PCP y el proveedor de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. DHMP puede revisar los planes de tratamiento para la salud en el hogar en cualquier momento.</p> <p><b><i>Servicios no cubiertos:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>× servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados;</li><li>× servicios o insumos para confort o conveniencia personal;</li><li>× servicios de enfermería privada;</li><li>× asesoramiento religioso o espiritual;</li><li>× asesoramiento psicológico para familiares en duelo fuera de los cuidados paliativos.</li></ul>
<p><b><i>Servicios de trasplante de órganos y de tejido humanos</i></b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Cobertura limitada. La cobertura está disponible para los servicios de trasplante que sean médicamente necesarios y que no sean procedimientos experimentales. Todos los trasplantes se deben realizar en centros de trasplante autorizados. Los servicios están cubiertos conforme a las normas establecidas por la comunidad médica y por DHMP, y solo se proveen cuando presenta una remisión de su PCP. Los miembros son elegibles para recibir los servicios cubiertos que figuran en esta sección si se cumplen las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Todos los servicios de trasplante se deben realizar en un hospital elegido y aprobado por DHMP.</li><li>• DHMP y el hospital aprobado tienen que determinar si el miembro es un candidato para recibir estos servicios.</li><li>• Todos los trasplantes deben ser autorizados previamente; DHMP tomará la decisión de autorizar el servicio o no.</li><li>• Si se necesitan servicios de trasplante debido a una emergencia, los servicios pueden realizarse sin autorización previa. Se debe notificar a DHMP dentro de un (1) día hábil después de la internación.</li></ul> <p><b><i>Trasplantes cubiertos (con la autorización previa de DHMP):</i></b></p>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- ✓ corazón;
- ✓ pulmones (uno o ambos) para enfermedad pulmonar en etapa terminal solamente;
- ✓ corazón y pulmón;
- ✓ riñón;
- ✓ riñón y páncreas;
- ✓ hígado;
- ✓ médula ósea para miembros con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia, neuroblastoma, linfoma, cáncer de seno de alto riesgo en etapa II o III, o síndrome de Wiskott-Aldrich;
- ✓ células madre de médula ósea periférica para los mismos procedimientos que figuran para médula ósea;
- ✓ córnea.

***Servicios cubiertos (hospitalarios, médicos, quirúrgicos, otros):***

- ✓ Alojamiento y comida para habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesario una habitación privada.
- ✓ Servicios, insumos, medicaciones y terapias necesarias; esto incluye los servicios operativos. (Solo una intervención quirúrgica completa está cubierta por vez, no se pueden realizar muchos procedimientos quirúrgicos a la vez).
- ✓ Anestesia.
- ✓ Atención recibida en una unidad de cuidados especiales.
- ✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- ✓ Atención médica, control o consultas a más de un médico, si es médicamente necesario.
- ✓ Visitas de atención médica a domicilio, en el consultorio y otro tipo de visitas ambulatorias para que el miembro reciba controles y tratamientos.
- ✓ Evaluación, extirpación quirúrgica y transporte del órgano o tejido donado.
- ✓ Costos de transporte hacia y desde el hospital para el receptor (la persona que recibe el trasplante) y para un adulto (Consulte la sección "Viajes y alojamiento" a continuación).

***Servicios cubiertos para el donante:***

- Donante significa una persona que dona o da un órgano humano o tejidos humanos para trasplante. Si un donante le ofrece esto a un miembro, sucederá lo siguiente:
- Cuando el receptor es un miembro de DHMP o si tanto el receptor como el donante son miembros de DHMP, tanto el donante como el receptor tendrán cobertura para todos los servicios cubiertos enumerados en esta sección.
- Los beneficios del donante se limitan a los que no están disponibles para el donante por parte de cualquier otra fuente.
- Si el donante es un miembro de DHMP y el receptor no es miembro de DHMP, no se proporcionarán beneficios para los gastos del donante ni del receptor.

***Viajes y alojamiento:***

Si el miembro debe reubicarse temporalmente (salir de la ciudad donde usted vive) para recibir un trasplante cubierto, la cobertura está disponible para viajar a la ciudad donde se realizará el trasplante. Este beneficio también cubrirá gastos de alojamiento

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

(hotel) razonables para el miembro y un adulto. Estos gastos se limitan a un máximo de por vida (no pueden superar) de \$10,000 por trasplante. El alojamiento (hotel) no puede superar los \$100 por día. Los costos de viaje para el donante no se aplican al límite de gastos de viaje de por vida del miembro, pero sí se aplican al beneficio máximo de por vida en general para los trasplantes.

***Beneficio máximo de por vida:***

La cobertura para todos los trasplantes de órganos cubiertos y todos los servicios relacionados con el trasplante (incluidos el viaje, el alojamiento y los gastos de los donantes y compras) se limita a un beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos vitales de \$1,000,000 por miembro.

Los montos aplicados al beneficio máximo de por vida incluyen todos los gastos cubiertos para los servicios, tratamientos e insumos relacionados con el trasplante recibidos durante el período de beneficios del trasplante; el período de beneficio abarca hasta cinco (5) días antes del trasplante o dentro de un año después del trasplante. Excepción: sin embargo, las evaluaciones previas al trasplante pueden recibirse más de cinco (5) días antes del trasplante y se pueden considerar como servicios relacionados con el trasplante. La evaluación previa al trasplante no cubre los gastos de viaje y no cuenta para el beneficio máximo de por vida.

Si un miembro recibe un trasplante cubierto por DHMP y posteriormente requiere otro trasplante del mismo tipo, los gastos cubiertos para el nuevo trasplante se aplican al beneficio máximo de por vida restante (si lo hubiere) a disposición del miembro.

Los pagos de los beneficios del trasplante no se aplican a otros límites máximos de beneficios especificados. Los gastos por servicios cubiertos relacionados con el trasplante que superan el beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos no son pagaderos conforme a este o ningún otro beneficio en este manual.

***Servicios no cubiertos:***

- × servicios prestados en un hospital que no fue aprobado por DHMP;
- × servicios prestados si el hospital que DHMP ha aprobado determina que el miembro no es un candidato adecuado para trasplante;
- × servicios para la búsqueda de donante o compatibilidad de tejidos, o los gastos relacionados;
- × trasplantes experimentales o de investigación, o cualquier servicio relacionado;
- × trasplantes de órganos/tejidos distintos a los mencionados en esta sección como cubiertos;
- × servicios e insumos relacionados con corazones artificiales o mecánicos, o dispositivos de asistencia auricular o ventricular.

***Servicios en centros para pacientes hospitalizados (servicios hospitalarios y quirúrgicos)***

Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa.

Servicios para pacientes hospitalizados son los servicios que usted recibe durante su estancia en un hospital por un día o más. Los servicios para pacientes hospitalizados están cubiertos cuando sean autorizados previamente o si los necesita debido a una emergencia. Esto incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de su afección e incluyen, entre otros, los siguientes:

- ✓ Habitación semiprivada, alojamiento y servicios de enfermería general; incluye habitación en una unidad de atención especial aprobada por DHMP.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos.</li><li>✓ Cualquier insumo, medicación o tratamiento médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de la anestesia.</li><li>✓ Rehabilitación médicamente necesaria para recuperar o mejorar funciones perdidas después de una enfermedad o una lesión; límite de 30 días por año calendario y tiene que ser recibida dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la enfermedad o la lesión.</li><li>✓ Consulta para recibir una segunda opinión.</li><li>✓ Servicios de quimioterapia y radiación.</li><li>✓ La cirugía reconstructiva está cubierta solo si es médicamente necesaria o si es posterior a una mastectomía (extirpación de uno o ambos senos).</li></ul> <p><b><i>Servicios no cubiertos</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>× gastos de habitación privada, a menos que sea médicamente necesario;</li><li>× internaciones relacionadas con servicios o procedimientos no cubiertos;</li><li>× servicios de hogar para personas mayores;</li><li>× procedimientos para corregir enfermedades o lesiones posteriores que sean consecuencia de que el miembro no se adhiera al tratamiento médico;</li><li>× cargos de habitación y alojamiento del centro el día del alta.</li></ul>
<p><b><i>Servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de imágenes</i></b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Los servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de imagen están cubiertos cuando son necesarios para diagnosticar o controlar un síntoma, una enfermedad o una afección.</p> <p>Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Radiografías y otros servicios de radiología.</li><li>✓ Servicios de laboratorio y patología.</li><li>✓ Ultrasonido para afecciones no relacionadas con el embarazo. (Consulte “Maternidad y atención del recién nacido” en esta tabla para obtener información acerca de ultrasonidos para el embarazo).</li><li>✓ Pruebas de detección de alergias: Cutáneas directas y de parche, y pruebas de radioalergoabsorbencia (Radio Allergo Sorbent Test, RAST); el suero para detectar las alergias sí tiene un costo.</li><li>✓ Pruebas de la visión y de la audición requeridas para diagnosticar o tratar una lesión o una enfermedad.</li></ul> <p><b><i>Servicios no cubiertos:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>× servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de imagen relacionados con un servicio no cubierto</li></ul>
<p><b><i>Maternidad y atención del recién nacido</i></b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertas)</p> <p>Los beneficios se prestan para la maternidad y el cuidado del recién nacido. Usted puede autoremítirse a cualquier proveedor prenatal de la red de DHMP. Los servicios de maternidad y atención del recién nacido incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o servicios que se brinden en el consultorio del médico (incluida la atención prenatal) para parto vaginal, cesárea y complicaciones del embarazo. (Incluye anestesia).</li></ul>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- ✓ Atención de enfermería de rutina para recién nacidos; incluye servicios del médico.
- ✓ Para los recién nacidos, toda la atención y el tratamiento médicamente necesarios de lesiones y enfermedades.
- ✓ Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética.
- ✓ Circuncisión de los varones recién nacidos cubiertos.
- ✓ Interrupción espontánea (terminación) del embarazo antes de término.
- ✓ Dos ultrasonidos de rutina por embarazo, a menos que sea médicamente necesario hacer más y cuenten con la autorización previa.
- ✓ Las visitas de seguimiento de posparto a domicilio están cubiertas si se hacen dentro de las 72 horas después de que usted y su recién nacido sean dados de alta del hospital.

***Servicios no cubiertos:***

- × atención de maternidad o partos fuera del área de servicio, dentro de las cinco semanas antes de la fecha esperada de parto, excepto en caso de emergencia;
- × costos de almacenamiento de sangre umbilical;
- × asesoramiento sobre preconcepción, paternidad o pruebas genéticas;
- × pruebas de detección de trastornos hereditarios o detección de trastornos/enfermedades o para determinar las características físicas del niño por nacer;
- × interrupción electiva del embarazo (aborto), a menos que sea necesario para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de una violación o de incesto.

***Equipos e insumos médicos***

Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa.

Los equipos y los insumos médicos están cubiertos, pero los debe suministrar un proveedor de la red (un proveedor que trabaje para DHMP) o deben estar previamente autorizados por DHMP.

- ✓ artículos desechables necesarios para el tratamiento de una enfermedad o una lesión como jeringas, agujas, férulas y vendajes quirúrgicos;
- ✓ oxígeno y alquiler de los equipos necesarios para administrar el oxígeno (uno fijo y uno portátil por cada miembro);
- ✓ equipos médicos durables (durable medical equipment, DME) como muletas, sillas de ruedas y camas de hospital;
- ✓ aparatos ortopédicos, como rodilleras;
- ✓ dispositivos protésicos.

Para recibir DME, el equipo necesario se debe recetar al miembro. El DME se alquilará o se comprará, y DHMP pagará las reparaciones, el mantenimiento o los ajustes necesarios debido al uso normal para DME aprobado o DME que habría sido aprobado por DHMP. El beneficio máximo para DME es de \$2,000 por año calendario, excepto para insumos médicos y quirúrgicos. Los siguientes elementos no cuentan para el límite de DME de \$2,000 si su PCP ha ordenado este artículo para usted:

- equipo médico durable, que sea propiedad del establecimiento e insumos médicos utilizados durante una internación cubierta o una visita ambulatoria cubierta;
- insumos médicos utilizados durante las visitas ambulatorias;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Inclusiones y exclusiones:**

SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- prótesis implantada quirúrgicamente o dispositivos autorizados por DHMP antes de que el miembro reciba el dispositivo;
- bombas de insulina e insumos relacionados.

**Equipos/servicios no cubiertos:**

- × artículos o equipos de confort, de lujo o de conveniencia;
- × cualquier artículo disponible sin receta; artículos de venta libre;
- × acondicionadores de aire, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, iluminación especial u otros modificadores ambientales;
- × dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica;
- × prótesis dentales, de cráneo/capilares, de pene o cualquier prótesis con fines cosméticos;
- × equipamiento doméstico para ejercicios y terapia;
- × camas de agua o camas ajustables para el consumidor;
- × reparaciones o reemplazos debido al mal uso o al abuso del artículo;
- × calzado ortopédico no conectado a un dispositivo ortopédico (a excepción de los miembros con diabetes).

**Atención de salud mental y por abuso de sustancias**

Sin copago (100% cubierta)

- ✓ La atención de enfermedades mentales con base biológica está cubierta y la cobertura no es menos amplia que la provista para cualquier otra enfermedad física.
- ✓ La cobertura es también para las afecciones sin base biológica identificadas como un trastorno mental.
- ✓ Tratamiento relacionado con el autismo.
- ✓ El tratamiento y los servicios para el abuso de sustancias ambulatorios se consideran una afección de salud mental a los fines de este beneficio y están cubiertos.
- ✓ Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias.
- ✓ Visitas al consultorio del proveedor, visitas como paciente hospitalizado y visitas ambulatorias para el tratamiento de trastornos de salud mental.
- ✓ El servicio del centro de tratamiento residencial es aprobado solamente si los cargos son iguales o menores que los de la hospitalización parcial.

Los servicios para casos de abuso de sustancias son solamente los servicios de desintoxicación; una vez que el miembro es desintoxicado (o estabilizado), la atención médica adicional debido al abuso de sustancias se consideraría un beneficio de salud conductual. Para obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con el estado al 800-221-3943.

**Servicios no cubiertos:**

- × servicios prestados en centros que no estén en la red DHMP;
- × gastos por habitación privada;
- × biorretroalimentación;
- × psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede utilizar para obtener un título o avanzar en su educación;
- × hipnoterapia;
- × asesoramiento religioso, civil y social;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

<b>Inclusiones y exclusiones:</b> <b>SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>× servicios de tratamiento residencial para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa;</li> <li>× terapias o programas que no sean médicamente necesarios;</li> <li>× costo por los daños a las instalaciones que provoque el miembro;</li> <li>× tratamiento ordenado por un tribunal o por la policía que de otro modo no estaría cubierto;</li> <li>× servicios no autorizados por DHMP.</li> </ul>
<b>Visitas de rutina al consultorio del médico (doctor)</b>	<p>Sin copago (100% cubiertas)</p> <p>Las visitas al consultorio están cubiertas tanto para consultar al PCP como para consultar a especialistas. Usted debe consultar a su PCP para recibir todos los servicios, a menos que usted tenga un obstetra o ginecólogo aparte, que esté recibiendo servicios para la vista o que tenga una remisión para consultar a un especialista. Se necesita una remisión para visitar a la mayoría de los especialistas. Los beneficios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención médica, consultas y segundas opiniones (Para obtener una segunda opinión se requiere una remisión de su PCP; en algunos casos, DHMP puede solicitar una segunda opinión).</li> <li>✓ Servicios quirúrgicos que se realizan en el consultorio; incluyen anestesia e insumos (sujetos a las pautas de autorización previa).</li> <li>✓ La diálisis renal se considera un beneficio como una visita al consultorio médico.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× gastos para la obtención de informes médicos o de transferencia de archivos;</li> <li>× tratamiento para la pérdida del cabello, excepto cuando es causado por la alopecia areata;</li> <li>× atención de rutina de los pies (excepto para los miembros con diabetes);</li> <li>× consultas por teléfono o por Internet;</li> <li>× tratamiento para la disfunción sexual;</li> <li>× servicios para tratar la infertilidad;</li> <li>× asesoramiento en genética.</li> </ul>
<b>Servicios en centros para pacientes externos/ambulatorios</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa.</p> <p>Los servicios ambulatorios son servicios que usted recibe el mismo día en que se va. Estos servicios se pueden recibir en los centros, como el departamento ambulatorio de un hospital de agudos, un centro de cirugía ambulatoria, un centro de radiología, un centro de diálisis y las clínicas ambulatorias.</p> <p>El beneficio incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de su afección e incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos.</li> <li>✓ Cualquier insumo, medicación o tratamiento médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de anestesia.</li> <li>✓ Servicios de quimioterapia y radiación.</li> <li>✓ Consultas para obtener una segunda opinión.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Consulte los servicios no cubiertos en “Servicios en centros para pacientes hospitalizados” en esta tabla y en la sección “Exclusiones generales”.</li> </ul>
<b>Servicios de terapia ambulatoria</b>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Las terapias de rehabilitación ambulatorias incluyen las siguientes:</p>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Inclusiones y exclusiones:**

SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- ✓ terapia física;
- ✓ terapia del habla;
- ✓ terapia ocupacional;
- ✓ programas de rehabilitación cardíaca.

El beneficio máximo es de 40 visitas por año calendario por diagnóstico. No hay límite para estas terapias para los niños desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños del niño. No hay límite para las terapias del habla necesarias para el tratamiento de labio leporino o de paladar hendido. Los servicios se deben recibir dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que ocurrió la lesión o enfermedad.

**Servicios no cubiertos:**

- × Terapia o atención de mantenimiento prestadas después de haber alcanzado su potencial de rehabilitación según lo determine DHMP.
- × Terapias para los trastornos de aprendizaje, retrasos del desarrollo, tartamudez, trastornos de la voz o trastornos del ritmo, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y que el tratamiento sea necesario debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- × Diagnósticos no específicos relativos al retraso en el desarrollo y trastornos del aprendizaje.
- × Ningún servicio terapéutico o de rehabilitación recibido en un spa o en un gimnasio; esto incluye la membresía en este tipo de instalaciones.
- × Servicios quiroprácticos o de acupuntura.
- × Terapias no enumeradas anteriormente ni en esta sección de beneficios.
- × Medicina holística y otros programas de bienestar.

**Medicamentos con receta**

Sin copago (100% cubiertos)  
Si un proveedor de Denver Health le emite una receta, puede presentarla en cualquier farmacia de Denver Health. Usted también puede llevar su receta a cualquier otra farmacia que acepte el seguro de DHMP. (Consulte la sección "Farmacia" en este manual para obtener más detalles).

**Servicios preventivos, de rutina y de planificación familiar**

Sin copago (100% cubiertos)  
Los servicios de atención preventiva están cubiertos solo si es el PCP de su hijo quien ofrece el servicio, a menos que sea un servicio de salud reproductiva. Usted puede tener un médico diferente para los servicios de salud reproductiva. Los controles anuales y las vacunas están cubiertos. Estos servicios incluyen, entre otros:

- ✓ Controles del niño y exámenes femeninos de rutina anuales.
- ✓ Vacunas (inmunizaciones) anuales.
  - Consulte la sección "Cronograma de vacunas" en este manual para saber qué vacunas debe recibir su hijo a diferentes edades.
- ✓ Pruebas para evaluar la vista y la audición adecuadas a la edad.

Según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), su hijo debe recibir un control del niño sano a las edades indicadas en la siguiente tabla:

INFANCIA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA
Prenatal	12 meses	5 años	11 años
Recién nacido	15 meses	6 años	12 años

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Inclusiones y exclusiones:**

SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

Primera semana	18 meses	7 años	13 años
1 mes	24 meses	8 años	14 años
2 meses	30 meses	9 años	15 años
4 meses	3 años	10 años	16 años
6 meses	4 años		17 años
9 meses			18 años

Consulte la sección "Controles del niño recomendados" en este manual para obtener más información acerca de la atención preventiva para su hijo.

**Servicios de planificación familiar**

Los siguientes servicios están cubiertos para planificación familiar:

- ✓ control de la natalidad, incluida la inyección de Depo-Provera;
- ✓ colocación de diafragma o de capuchón cervical;
- ✓ implantación quirúrgica o remoción del dispositivo NORPLANT;
- ✓ pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética;
- ✓ pruebas de ETS/VIH y tratamiento.

**Servicios no cubiertos:**

- × vacunas para viajes internacionales;
- × esterilización quirúrgica o cualquier servicio relacionado;
- × pruebas o asesoramiento ordenados por un tribunal.

**Atención en un establecimiento de enfermería especializada**

Sin copago (100% cubierta). Se requiere autorización previa.

Estas son terapias y supervisión de protección para pacientes que tengan afecciones no controladas, inestables o crónicas. Cobertura para establecimientos de enfermería especializada médicamente necesaria solo si hay una expectativa razonable de mejora evaluable en el estado de salud del miembro.

- ✓ 100 días de servicios en un establecimiento de enfermería especializada por año calendario o hasta que se alcance la mejoría médica máxima

**Servicios no cubiertos:**

- × atención de custodia o de mantenimiento;
- × atención de enfermería especializada una vez que el miembro ha alcanzado la mejoría médica máxima y no se espera ninguna mejoría más.

**Servicios de la visión**

Cobertura limitada

Los servicios de la visión cubiertos incluyen lo siguiente:

- ✓ examen de la vista adecuado a la edad y examen ocular de rutina o pruebas de la visión para diagnosticar una afección médica;
- ✓ un crédito de \$150 por miembro por año calendario para la compra de lentes, marcos o ciertos tipos de lentes de contacto;
- ✓ servicios de la visión especializados con una autorización previa del PCP del miembro.

Los exámenes oculares deben ser recibidos de parte de un proveedor que pertenezca a la red de DHMP; los accesorios para la visión se pueden adquirir de cualquier proveedor de productos para la vista.

**Servicios no cubiertos:**

- × terapia visual;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

**Inclusiones y exclusiones:**

SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- × servicios especializados sin autorización previa;
- × servicios relacionados con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión (Lasik).

**Exclusiones generales**

La siguiente lista de exclusiones no es una lista completa de todos los servicios, insumos, condiciones o situaciones que no son servicios cubiertos. También se pueden aplicar otras limitaciones, condiciones y exclusiones específicas.

**Servicios no cubiertos:**

- × Acupuntura.
- × Medicinas alternativas o suplementarias (Algunos ejemplos de medicina alternativa son la medicina holística, la homeopatía, la hipnosis, la terapia reiki y la aromaterapia).
- × Alcoholismo (sin cobertura para el tratamiento de pacientes hospitalizados).
- × Gastos de adopción o sustitutos.
- × Concepción artificial.
- × Antes de la fecha de entrada en vigencia (sin cobertura para los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro).
- × Biorretroalimentación.
- × Agentes quelantes, a menos que se utilicen para el envenenamiento por metales pesados.
- × Dependencia química (sin cobertura para el tratamiento de pacientes hospitalizados).
- × Servicios quiroprácticos.
- × Investigación clínica.
- × Atención del convaleciente, a menos que la atención se reciba normalmente para una afección específica.
- × Servicios o equipos de conveniencia, lujo o categoría (Esto incluye los servicios que se utilizan para comodidad o conveniencia del miembro y que no son médicamente necesarios).
- × Servicios cosméticos (Estiramiento facial, bótox y aumento de senos son ejemplos de procedimientos cosméticos).
- × Cuidado de custodia (Esto incluye la asistencia a los miembros en actividades cotidianas o en satisfacer las necesidades personales en lugar de las necesidades médicas; la preparación de la comida y la asistencia para bañarse son ejemplos de cuidado de custodia).
- × Servicios dentales. (Consulte la sección "Atención dental" en esta tabla).
- × Atención a domicilio (Esto incluye la atención prestada en un centro que no realiza tratamientos, un hogar de tránsito o una escuela).
- × Cobertura doble (No es aceptable que el miembro tenga cobertura doble, excepto cobertura dental o de Medicare).
- × Abuso de drogas (sin cobertura para el tratamiento de pacientes hospitalizados).
- × Interrupción electiva del embarazo, a menos que la interrupción electiva sea necesaria para salvar la vida de la madre o si el embarazo es resultado de una violación o de incesto.
- × Procedimientos experimentales/de investigación.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- × Asesoramiento/pruebas genéticas (Las pruebas genéticas para evaluar los riesgos de trastornos para ciertas afecciones pueden estar cubiertas; DHMP debe aprobarlas previamente).
- × Centro operado por el gobierno (sin cobertura para los servicios e insumos necesarios para todas las discapacidades relacionadas con el servicio militar que se prestan en un establecimiento médico militar, a menos que DHMP autorice por escrito el pago antes de que los servicios se lleven a cabo).
- × Tratamientos para la caída del cabello, excepto para la alopecia areata.
- × Conducta ilegal (servicios necesarios debido a la participación del miembro en una actividad ilegal).
- × Leche maternizada, a menos que esté específicamente permitida como un beneficio en este folleto.
- × Servicios para deficiencia de aprendizaje, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y el tratamiento sea necesario debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- × Terapia de mantenimiento.
- × Servicios médicamente innecesarios (DHMP determinará si un servicio o un insumo es médicamente necesario o no).
- × Terapia de nutrición médica (vitaminas, sin receta, suplementos dietéticos/nutricionales y alimentos especiales, excepto por trastornos metabólicos).
- × Cargos por citas perdidas.
- × Proveedores de servicios no cubiertos (servicios prescritos o administrados por: un spa o gimnasio; enfermería escolar; hogar de tránsito; masajista; hogar para personas mayores; institución residencial; departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficios mutuos, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar; el miembro, un familiar o una persona que resida normalmente en la casa del miembro).
- × Gastos no médicos.
- × Aparatos ortopédicos, excepto para miembros con diabetes.
- × Productos de venta libre.
- × Beneficios posteriores a la finalización de la cobertura (sin cobertura para los servicios recibidos después de la finalización de la cobertura).
- × Servicios de enfermería privada.
- × Servicios de radiología (sin cobertura para tomografía computarizada ultrarrápida, tomografía computada de cuerpo entero o más de dos ultrasonidos por embarazo, a menos que sea médicamente necesario realizar más ultrasonidos).
- × Mamoplastia de reducción (reducción mamaria), salvo que se provea junto con la reconstrucción de la mastectomía y diagnóstico del cáncer.
- × Tratamiento(s) de disfunción sexual.
- × Operaciones de cambio de sexo.
- × Abuso de sustancias (sin cobertura para servicios relacionados con el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados, con excepción de la desintoxicación médica de pacientes hospitalizados. El tratamiento ambulatorio para casos de abuso de alcohol o de drogas está cubierto por el beneficio de salud mental).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.



***Inclusiones y exclusiones:***

**SOLO DENTRO DE LA RED** (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).

- × Los impuestos gravados por ley que se apliquen a los servicios cubiertos por este plan.
- × Terapias (otras): Las siguientes son algunas de las terapias que no están cubiertas: terapias recreativas, sexuales, de grito primal, del sueño y Z; programas de autoayuda, de manejo del estrés y para bajar de peso; análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental; entrenamiento en sensibilidad y asertividad, y *rolfing*; terapia de la visión.
- × Asesoramiento religioso.
- × Cirugía o servicios de articulación temporomandibular (ATM), a menos que tenga una base médica.
- × Cirugía ortognática.
- × Responsabilidad civil (para los servicios que son reembolsados por un tercero, consulte la sección "Lesiones o enfermedades causadas por terceros" en este manual para obtener más información).
- × Gastos de viaje, excepto como se establece en los beneficios de "Trasplante de órganos y tejido humanos" (en esta tabla).
- × Ligadura de trompas.
- × Vasectomía.
- × Visión (solo los servicios de la visión descritos en la sección "Servicios de la visión" de esta tabla están cubiertos; sin cobertura para ningún insumo ni servicio quirúrgico, médico ni hospitalario provistos en relación con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión).
- × Afecciones relacionadas con la guerra.
- × Programas para bajar de peso.
- × Compensación del trabajador (sin cobertura para accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo; la única excepción es para aquellas personas que no están obligadas a mantener o estar cubiertos por el seguro de compensación al trabajador según lo definido por las leyes de compensación al trabajador).

**Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan:**

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 DHMP.

Atención oftalmológica:

- Un crédito de \$150 para anteojos o ciertos lentes de contacto.

Farmacia:

- SIN COPAGOS para los medicamento con receta incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP.
- SIN COSTO para ciertos medicamentos de venta libre cuando un proveedor de Denver Health le emite la receta para el medicamento de venta libre y se obtiene en una farmacia de Denver Health.
- Suministros para 90 días de algunos medicamentos incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP, SIN COSTO para usted. Consulte el *Formulario de medicamentos* de DHMP para obtener más detalles.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 9) SERVICIOS ADICIONALES

### **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 de Denver Health y hablar con una enfermera diplomada acerca de cualquier pregunta sobre salud, cualquiera sea su importancia. NurseLine puede brindarle información médica rápida y también ayudarlo a obtener atención médica. NurseLine 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 antes de recibir atención de emergencia o urgencia.

El estado tiene beneficios que no están cubiertos por DHMP, como los servicios para casos de abuso de sustancias y dentales. Si desea saber más, comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información y asistencia sobre cómo usar esos beneficios. Visite <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus-state-managed-care> y haga clic en “Member Benefits Booklet” (*Folleto de beneficios para los miembros*) para obtener más información sobre los beneficios que se cubren.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 10) CALIDAD

DHMP 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 si están a gusto con los servicios de DHMP.
- Atendemos las inquietudes y quejas de los miembros y proveedores para mejorar los servicios de DHMP.
- 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 del Plan de Salud para obtener más detalles o si tiene inquietudes acerca de nuestro Programa de Calidad.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 11) QUEJAS

### ¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que DHMP hace. 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 DHMP lo trata;
- cosas que DHMP 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 **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100**. 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 (id.) de CHP+, domicilio y número de teléfono si escribe a Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals) de DHMP. 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 Medical Plan, Inc.  
Attn: Grievance and Appeals Department  
777 Bannock St., MC 6000  
Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de CHP+ por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

### Después de presentar una queja:

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

DHMP estudiará los detalles de su queja y decidirá cómo manejarla (en otras palabras, DHMP tratará de resolver su queja). Los miembros del personal de DHMP que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Un miembro del personal de DHMP con capacitación médica adecuada revisará su queja si usted presenta una porque

siente que ha recibido una atención médica deficiente o porque DHMP rechazó su solicitud de apelación acelerada (consulte la sección llamada “¿Qué es una apelación?” que se encuentra en el *Manual para miembros*).

DHMP tomará una decisión acerca de su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles a partir del día en que usted presentó la queja. En el aviso por escrito se explicarán los resultados de la decisión de DHMP respecto de su queja e incluirá la fecha en que DHMP tomó esa decisión.

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

### Si necesita ayuda para presentar una queja:

DHMP 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 **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100**.

### Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja:

Si quedó insatisfecho con el modo en que DHMP maneja su queja, puede presentar una apelación de segundo nivel. Un nuevo miembro del personal de DHMP 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: DHMP Medicaid Choice Contract Manager  
1570 Grant St.  
Denver, CO 80203-1714

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

## >> 12) APELACIONES

### ¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?

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

- cuando DHMP niega o limita un tipo o un nivel de servicio que usted haya solicitado;
- cuando DHMP reduce, suspende o deja de autorizar un servicio que usted ha estado recibiendo;
- cuando DHMP niega el pago total o parcial de sus servicios;
- cuando DHMP no le brinda un servicio de manera oportuna;
- cuando DHMP no resuelve su apelación o queja dentro de los plazos requeridos.

Una carta de aviso de determinación adversa de beneficios incluye lo siguiente:

- la determinación adversa de beneficios que DHMP 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 de determinación adversa de beneficios:

DHMP debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si DHMP planea cesar el pago o reducir

cualquier servicio que usted viene recibiendo, debe enviarle una carta de aviso de determinación adversa de beneficios 10 días calendario antes de la fecha en que cesará el pago o reducirá los servicios. DHMP puede acortar el plazo a 5 días calendario si:

- Hay un fraude.
- El miembro ha fallecido.
- Se interna al miembro 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 CHP+ 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 otro centro.
- DHMP recibe una carta de usted que expresa que usted ya no quiere servicios. Esta carta debe contar con información que exija que sus servicios con DHMP 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 DHMP. Si usted piensa que una determinación adversa de beneficios por parte de DHMP 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 aún 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 DHMP. Esta audiencia se explica en la sección “Audiencia imparcial estatal” en este manual.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

### **Cómo presentar una apelación:**

Usted tiene 60 días calendario para presentar una apelación después de haber recibido una carta de 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:

- dentro de los 10 días calendario después de la fecha en que se envió la carta de aviso de determinación adversa de beneficios;
- o bien, en la fecha en que la acción de DHMP entrará en vigencia, o antes.

Para apelar una acción, usted puede hacer lo siguiente:

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals)** 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 **DHMP 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 DHMP tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar al **Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department)** al **303-602-2261** y presentar una apelación acelerada. Si DHMP aprueba su solicitud de una apelación acelerada, DHMP tomará una decisión sobre su apelación a más tardar dentro de los tres días hábiles a partir de la fecha de su solicitud.

Si DHMP niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMP se comunicará con usted lo antes posible para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMP también le enviará una carta en un plazo de dos días calendario a partir 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 DHMP.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Recibirá una versión escrita de su apelación junto con esta carta de negación (si presentó la apelación verbalmente) que debe firmar y enviar a DHMP.

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

DHMP estudiará los detalles de su apelación y decidirá si la acepta (anula la acción de DHMP) o la niega (mantiene la acción de DHMP). DHMP 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 DHMP 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 DHMP (en persona o por escrito) pruebas u otra información que ayude en su caso. Tenga en cuenta que si se acelera su apelación, usted tiene un plazo menor para presentar esta información a DHMP. 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 DHMP utiliza para decidir sobre su apelación.

Para las apelaciones estándares, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito con la decisión a más tardar dentro de los 10 días hábiles a partir del día en que usted presente la apelación estándar. Para apelaciones aceleradas, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar dentro de los tres días hábiles a partir del día en que usted presente la apelación acelerada. DHMP también intentará notificarle por teléfono la decisión en el caso de apelaciones aceleradas.

El aviso por escrito le informará los resultados de la decisión de DHMP 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 a solicitar a DHMP 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 reciba mientras la audiencia imparcial estatal estaba pendiente si el estado concuerda con la decisión de DHMP.

#### **Cómo extender los plazos de las apelaciones:**

Usted o DHMP pueden extender el plazo que DHMP tiene para tomar una decisión respecto de su apelación acelerada o estándar. Si usted solicita más días o si DHMP cree que se requieren más pruebas para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMP puede agregar 14 días calendario adicionales. DHMP solo extenderá este plazo si es lo mejor para usted. Si DHMP extiende el plazo para decidir sobre su apelación y usted no solicitó la extensión, DHMP le enviará un aviso por escrito que explique 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 DHMP de extender el plazo. Durante este plazo extendido, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar 14 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:

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeals)** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

No perderá sus beneficios de CHP+ por apelar una acción. ¡La ley lo exige!

#### **Audiencia imparcial estatal:**

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.

Si usted no queda satisfecho con alguna acción que tome DHMP, DEBE pasar por el proceso de apelación que se explicó anteriormente. En cualquier momento dentro de los 120 días calendario después de haber recibido la carta de aviso de resolución de apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción tomada por DHMP. 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 niegan los servicios que usted busca, 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 identificación de DHMP;
- 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 derecho administrativo 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 Departamento de Personal y Administración,

Tribunales Administrativos (Department of Personnel and Administration, Office of Administrative Courts). 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 St., 4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

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

- Presenta su apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha que figura en su carta de aviso de determinación adversa de beneficios o de la fecha de entrada en vigencia de la acción de DHMP.
- 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 DHMP siga cubriendo sus servicios. Sus servicios continuarán hasta:

- que usted decida cancelar su apelación;
- 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 oficina de la audiencia imparcial estatal determine que DHMP no debe pagar por sus servicios;
- o bien, que finalice el tiempo límite de su autorización original de servicio.

Si DHMP o la oficina de la audiencia imparcial estatal deciden aprobar su apelación o la audiencia imparcial estatal (se revoca la decisión de negar sus servicios), y usted estaba obteniendo la continuación de los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMP pagará por aquellos servicios. Si DHMP o la oficina de la audiencia imparcial estatal llegan a una decisión final que no concuerda con su apelación, posiblemente deberá pagar por los servicios que recibió mientras esperaba por la decisión final de DHMP o de la oficina de la audiencia imparcial estatal respecto a su apelación. Si DHMP o la oficina de la audiencia imparcial estatal deciden aprobar su apelación o audiencia imparcial estatal (se revoca la decisión de negar sus servicios), y usted no estaba obteniendo los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMP comenzará a pagar por aquellos servicios tan pronto como su afección de salud lo requiera.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2100** o sin costo al 1-800-700-8140.