



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

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

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

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto del *Resumen de beneficios* le proporciona un resumen de lo que cubre **Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)** y lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes los folletos del *Resumen de beneficios*. También puede utilizar el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual “**Medicare y usted**”. Véalo en Internet en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

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

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

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios del Plan de Salud al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana.

If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Please call Health Plan Services at 1-877-956-2111. TTY 711. Our hours of operation are 8 a.m. - 8 p.m., 7 days a week.

Cosas que debe saber sobre Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.</p> <p>Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar como plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) hasta 2020 sobre la base de una revisión del modelo de atención de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP).</p>
Horario de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos los 7 días de la semana, desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m. • Del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes, desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m.
Números de teléfono y sitio web de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
<ul style="list-style-type: none"> • Si usted es un miembro actual o no es miembro, puede comunicarse con nosotros llamando al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. • Nuestro sitio web es: www.denverhealthmedicalplan.org.
¿Quién puede inscribirse?
<p>Este plan está disponible para cualquiera que tenga asistencia médica del estado y de Medicare, y resida en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en Colorado: Denver.</p>
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?
<p>Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios. En general, debe usar las farmacias de la red para obtener sus medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.</p> <p>Puede consultar nuestros <i>Directorios de proveedores y farmacias</i> en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org.</p> <p>O llámenos y le enviaremos una copia de los <i>Directorios de proveedores y farmacias</i>.</p>
¿Qué cubrimos?
<p>Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y <i>más</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestros miembros del plan reciben <i>todos</i> los beneficios cubiertos por Medicare Original. • Los miembros de nuestro plan también <i>reciben más cobertura</i> de la que ofrece Medicare Original. Algunos de los beneficios extras se describen en este folleto. • Usted cuenta con cobertura tanto de parte de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y coseguros. Usted no paga nada por los servicios que figuran en la tabla de beneficios, siempre y cuando usted siga siendo elegible para ambos Medicare y Medicaid. <p>Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

¿Cómo puedo determinar los costos de mis medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende de cuál de ellos esté tomando y de la etapa de beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de beneficios que suceden luego de que usted cumple con su deducible: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura catastrófica.

Prima mensual, deducible y límites en el monto que usted paga por los servicios cubiertos

¿Cuánto cuesta la prima mensual?	<p>\$31.30 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, Medicaid pagará sus prima. Usted no paga nada por la prima.</p>
¿Cuánto cuesta el deducible?	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y para los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El deducible de la Parte B para 2020 es \$185 y se aplica para los servicios dentro de la red.</p> <p>El deducible de la Parte D para 2020 es \$435 y se aplica para los medicamentos con receta.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, Medicaid pagará sus deducibles. Usted no paga nada por los servicios.</p>
¿Hay algún límite sobre cuánto pagaré por mis servicios cubiertos?	<p>Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege a usted al proporcionarle límites anuales para su límite de costos de desembolso directo por la atención médica y hospitalaria.</p> <p>En este plan, puede ser que no pague nada por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$6,700 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de costos de desembolso directo, sigue recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagamos el costo completo durante el resto del año. Consulte el manual “Medicare y usted” para ver los servicios cubiertos por Medicare. Para ver los servicios cubiertos por Medicaid, consulte la sección Cobertura de Medicaid en este documento.</p> <p>Tenga en cuenta que igual deberá pagar sus primas mensuales y sus costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D.</p>
¿Hay un límite en el monto que paga el plan?	<p>Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para algunos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para saber a qué servicios se aplica.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Nota:

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Extra Help (Ayuda adicional), que usted pudiera recibir. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para recibir más información al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

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

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados ^{1,2}

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

Nuestro plan cubre 90 días para las estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

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

En 2019, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

\$1,364 de deducible por cada período de beneficios

- Días 1 al 60: \$0 de copago por día de cada período de beneficios
- Días 61 al 90: \$341 de copago por día de cada período de beneficios
- Días 91 y posteriores: \$682 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida).

Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) proporcionará los costos actualizados tan pronto como se divulguen.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.

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

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios ^{1,2}	<p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>20% del costo por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare a un centro hospitalario</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital (<i>Las reglas de autorización NO se aplican a los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</i>).• Atención de salud mental, incluida la atención brindada en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de lo contrario, haría falta un tratamiento de pacientes hospitalizados.• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Insumos médicos, como férulas y yesos.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo. <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p> <p><i>A menos que el proveedor haya escrito una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital de un día para otro, podría considerársele un “paciente ambulatorio”.</i></p> <p><i>Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</i></p>
Centro de cirugía ambulatoria ^{1,2}	<p>20% del costo para servicios de cirugía para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare proporcionados en centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>
Visitas al consultorio del médico ^{1,2}	<p>Visita de consulta de atención primaria: 20% del costo Visitas al especialista ^{1,2}: 20% del costo</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Atención preventiva	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, entre los cuales se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal.• Asesoramiento para el abuso de alcohol y pruebas de detección.• Densitometría ósea• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía).• Enfermedad cardiovascular (terapia conductual).• Examen de detección de enfermedades cardiovasculares.• Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal.• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible).• Prueba de detección de depresión.• Pruebas de detección de diabetes.• Capacitación para el automanejo de la diabetes (<i>Se aplican reglas de autorización</i>).• Programas educativos sobre bienestar y salud.• Prueba de detección del VIH.• Vacunas, incluso vacunas contra la gripe, hepatitis B y la vacuna neumocócica.• Examen de detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis, [low dose computed tomography, LDCT]).• Servicios de terapia de nutrición médica.• Pruebas de detección y asesoramiento sobre obesidad.• Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate-Specific Antigen, PSA).• Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual.• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan señales de enfermedades relacionadas con el tabaco).• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (por única vez).• Visita anual de “bienestar”. <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	<p>20% del costo (hasta \$90)</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS	
Servicios de atención urgente y necesaria	<p>20% del costo (hasta \$65)</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de atención urgente y necesaria. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>
Procedimientos de diagnóstico/pruebas/servicios de laboratorio Servicios radiológicos terapéuticos/de diagnóstico (Los costos para estos servicios pueden ser distintos si se reciben en un entorno de cirugía ambulatoria). 1,2	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 20% del costo</p> <p>Servicios de laboratorio: 20% del costo (<i>Las reglas de autorización previa NO se aplican a los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</i>).</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (tal como RM, TC): 20% del costo</p> <p>Radiografías ambulatorias: 20% del costo</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>
Servicios de audición	<p>Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio: 20% del costo</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 1 cada tres años): \$0</p> <p>Adaptación/evaluación de audífonos (hasta 1 cada tres años): \$0</p> <p>Audífonos: nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años por audífonos.</p>
Servicios dentales	<p>En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental. Todos los reclamos están sujetos a una revisión realizada por un consultor dental:</p> <p>Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.</p> <p>Consulte las páginas 58 a 60 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una descripción completa de los beneficios.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficio del plan será de \$1,500 por año.</p>
Servicios de la visión	<p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una prueba de detección de glaucoma anual): 20% del costo</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Examen ocular de rutina suplementario (hasta 1 por año): \$0</p> <p>Lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes): nuestro plan paga hasta \$105 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Atención de salud mental ^{1,2}

Visitas como paciente hospitalizado ^{1,2}

Nuestro plan cubre en toda la vida hasta 190 días por atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proporcionan en un hospital general.

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

Nuestro plan cubre 90 días para las estadias en el hospital como paciente hospitalizado.

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

En 2019, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

- \$1,364 de deducible por cada período de beneficios
- \$0 de coseguro durante los días 1 a 60
- \$341 de copago por día durante los días 61 al 90
- \$682 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida

Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) proporcionará los costos actualizados una vez que se divulguen.

Visitas como paciente ambulatorio ²

Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: 20% del costo

Visita de terapia individual como paciente ambulatorio: 20% del costo

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) ^{1,2}	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. En 2019, los montos para cada período de beneficios son \$0 o: <ul style="list-style-type: none">• Usted no paga nada los días 1 al 20.• \$170.50 de copago por día durante los días 21 al 100. Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) proporcionará los costos actualizados una vez que se divulguen. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Rehabilitación ambulatoria ^{1,2}	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) (por un máximo de 2 sesiones de una hora por día por hasta 36 sesiones, hasta 36 semanas): 20% del costo Servicios de rehabilitación pulmonar (pulmón): 20% del costo Visita de terapia ocupacional: 20% del costo Visita de terapia física: 20% del costo Visita de terapia del habla: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Ambulancia	20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Transporte ¹	\$0 25 traslados de ida y vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan relacionadas con la salud cada año
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B: 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Atención quiropráctica	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (si 1 hueso o más de su columna vertebral se salen de lugar): 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios e insumos para personas diabéticas ¹	Zapatos o plantillas terapéuticos para personas diabéticas: 20% del costo Insumos para diabetes: 20% del costo <i>Los glucómetros y las tiras reactivas para pacientes diabéticos se limitan a productos de Trividia Health. Para obtener glucómetros y tiras reactivas de otros fabricantes se requiere una determinación de la organización.</i> Capacitación para el automanejo de la diabetes: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Atención médica a domicilio ^{1,2}	\$0 Antes de recibir los servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios en el hogar y ordenará que se los proporcione una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en el domicilio, lo cual significa que salir de casa es un esfuerzo mayor. A continuación, se detallan algunos de los servicios cubiertos: <ul style="list-style-type: none">• Servicios de atención de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y servicios de asistente de salud a domicilio. (Para que sus servicios de atención de enfermería especializada y de asistente de salud a domicilio estén cubiertos con el beneficio de atención médica a domicilio, la combinación de estos debe dar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana).• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios sociales y médicos. Equipos e insumos médicos
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios ²	Visita de terapia grupal ² : 20% del costo Visita de terapia individual ² : 20% del costo
Servicios de tratamiento de opioides ²	Visita de terapia grupal: 20% del costo Visita de terapia individual: 20% del costo Medicaciones para tratamientos: 20% del costo Pruebas de toxicología: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Cirugía ambulatoria ^{1,2}	Servicios hospitalarios ambulatorios: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>) ¹	Dispositivos protésicos: 20% del costo Insumos médicos relacionados: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Diálisis renal ^{1,2}	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Centro de cuidados paliativos	Usted no paga nada por los cuidados paliativos que le provea un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Puede ser que deba pagar parte del costo de los medicamentos y de atención de relevo. Los servicios en centros de cuidados paliativos se cubren fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles. <i>Usted debe recibir la atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted debe consultar con nuestro plan antes de elegir un centro de cuidados paliativos.</i>
Comidas ¹	Usted paga \$0 por hasta 20 comidas entregadas en su hogar, dentro de un período de 10 días, después del alta del hospital o del establecimiento de enfermería especializada de cada paciente hospitalizado.

Beneficios de medicamentos con receta

Cobertura inicial

Según su ingreso y categoría institucional, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), ya sea:

- \$0 de copago
- \$1.30 de copago
- \$3.60 de copago
- 25% de coseguro

Para todos los otros medicamentos, ya sea:

- \$0 de copago
- \$3.90 de copago
- \$8.95 de copago
- 25% de coseguro

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con servicio de envíos por correo que pertenecen a la red. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que lo que pagaría en una farmacia minorista.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo precio que en una farmacia dentro de la red.

Puede obtener sus medicamentos de la siguiente manera:

Farmacia minorista

Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas sobre los costos compartidos o la facturación cuando se entrega menos de un mes de suministros.

Puede obtener sus medicamentos de la/s siguiente/s manera/s:

Suministro para un mes (30 días)

Suministro para dos meses (60 días)

Suministro para tres meses (90 días)

Farmacia de atención a largo plazo

Las farmacias de atención a largo plazo deben entregar medicamentos de marca en cantidades menores al suministro para 14 días cada vez. También pueden entregar el suministro de medicamentos genéricos que abastezca menos de un mes cada vez. Póngase en contacto con su plan si tiene dudas sobre los costos compartidos o la facturación cuando se entrega menos de un mes de suministros.

Envíos por correo

Póngase en contacto con su plan si tiene dudas sobre los costos compartidos o la facturación cuando se entrega menos de un mes de suministros.

Este plan utiliza un *Formulario de medicamentos*. El plan le enviará el *Formulario de medicamentos*. También puede consultar el *Formulario de medicamentos* en www.denverhealthmedicalplan.org en Internet.

Beneficios de medicamentos con receta

Etapa de brecha de cobertura	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de brecha de cobertura (también llamado “donut hole”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,020.</p> <p>Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$6,350, que es el fin de la brecha de cobertura. No todas las personas entrarán en la brecha de cobertura. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o puede acceder a nuestra <i>Evidencia de cobertura</i> en Internet.</p>
Cobertura catastrófica	<p>Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista y a través del servicio de envíos por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará el monto mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% del costo• \$3.60 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados como genéricos) y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos. <p>Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al teléfono gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o puede acceder a nuestra <i>Evidencia de cobertura</i> en Internet en www.denverhealthmedicalplan.org.</p>

Resumen de beneficios
 Para el contrato H5608 del Plan 001
 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)

Los beneficios de la Parte A de Medicare (seguro de hospital), de la Parte B (seguro médico) y de la Parte D (cobertura de medicamentos con receta) proporcionan la cobertura de su seguro primario. Su elegibilidad para el Título XIX de Medicaid paga todo el costo compartido restante de la cobertura de hospital, atención médica y medicamentos con receta, incluidos los deducibles y coseguros.

Los servicios que figuran a continuación están disponibles solo para los miembros del plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) elegibles conforme a Medicaid para recibir servicios médicos.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (incluye rehabilitación y tratamiento por abuso de sustancias)	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$10.00 de copago por día cubierto o 50% de la tasa promedio diaria permitida, lo que sea menor conforme a Medicaid Fee-for-Service (FFS).	En 2019, los montos para cada período de beneficios son \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,364 de deducible • \$0 de coseguro durante los días 1 a 60 • \$341 de copago por día durante los días 61 al 90 • \$682 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida <p>Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Select (HMO) proporcionará costos actualizados tan pronto como se divulguen.</p>
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	En 2019, los montos para cada período de beneficios son \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • \$1,364 de deducible • \$0 de coseguro durante los días 1 a 60 • \$341 de copago por día durante los días 61 al 90 • \$682 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida <p>Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Select (HMO) proporcionará costos actualizados tan pronto como se divulguen.</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Establecimiento de enfermería especializada	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. En 2019, los montos para cada período de beneficios son \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> • Usted no paga nada los días 1 al 20. \$170.50 de copago por día durante los días 21 al 100 Estos son montos de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar en 2020. Denver Health Medicare Select (HMO) proporcionará costos actualizados tan pronto como se divulguen.
Atención a domicilio para pacientes agudos y atención a domicilio a largo plazo para pacientes con episodios agudos	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Servicios médicos a domicilio proporcionados específicamente como beneficios a través del Programa de Servicios con Base en la Comunidad y en el Hogar	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Atención médica a largo plazo a domicilio	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Centro de cuidados paliativos	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago para Medicaid Choice \$0 de copago para Medicaid FFS	Cubierto, Medicare Original

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Atención primaria	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Atención especializada	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Exámenes físicos	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Podología, médicamente necesaria	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Atención quiropráctica, cubierta por Medicare	No es un beneficio cubierto conforme a Medicaid Choice ni Medicaid FFS.	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Abuso de sustancias (servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios)	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$0 de copago conforme a Medicaid FFS	Visita de terapia grupal: 20% del costo Visita de terapia individual: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$0 de copago conforme a Medicaid FFS	Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: 20% del costo Visita de terapia individual como paciente ambulatorio: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$4.00 de copago por visita como paciente ambulatorio \$2.00 de copago por visita al médico \$0 de copago en clínica terapéutica o agencia de rehabilitación, conforme a Medicaid FFS.	Visita de terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Ambulancia	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS	20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.
Atención de emergencia	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS si se determina que es una emergencia; \$6.00 por visita si no es una emergencia para Medicaid FFS	20% del costo (hasta \$90) Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Atención de urgencia	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS; \$2.00 por visita si no es parte de una sala de emergencias.	20% del costo (hasta \$65) Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de atención urgente y necesaria. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” de este folleto para ver otros costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$4.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: 20% del costo Servicios hospitalarios ambulatorios: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Equipo médico durable incluido el oxígeno	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por día conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Dispositivos protésicos	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por día conforme a Medicaid FFS	Dispositivos protésicos: 20% del costo Insumos médicos relacionados: 20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Autocontrol de la diabetes, capacitación, terapia nutricional y suministros relacionados con la diabetes	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Zapatos o plantillas terapéuticos: 20% del costo Suministros para el control de la diabetes: 20% del costo Capacitación para el automanejo de la diabetes: \$0
Servicios de laboratorio	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por fecha de servicio conforme a Medicaid FFS	20% del costo por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Radiografías	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por fecha de servicio conforme a Medicaid FFS	0% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Radiología de diagnóstico	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por fecha de servicio conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Radiología terapéutica	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por fecha de servicio conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Densitometría ósea	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$1.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita para una colonoscopia de diagnóstico o de tratamiento \$0 de copago para servicios de detección conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Vacunas	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$0 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Mamografías	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$0 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Prueba de Papanicolaou	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Exámenes de detección de cáncer de próstata	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$0 de copago conforme a Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Diálisis renal	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice Paciente hospitalizado, \$10 por día de servicio \$3.00 de copago por visita \$0 de copago para el Centro de Diálisis/Emergencia conforme a Medicaid FFS	20% del costo Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Medicamentos con receta de la Parte D cubiertos conforme a Medicare	Los beneficios de Medicaid cubren las siguientes exclusiones de Medicare al 100%: productos para la tos y el resfriado, medicaciones de venta libre, y ciertos productos minerales y vitaminas con receta. \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$3.00 para recetas o renovación de medicamentos con receta de marca o genéricos	\$435 de deducible Cobertura inicial: según su ingreso y categoría institucional, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • un copago de \$0 • un copago de \$1.30 • un copago de \$3.90 Para todos los otros medicamentos, ya sea 25% de coseguro <ul style="list-style-type: none"> • un copago de \$0 • un copago de \$3.60 • un copago de \$8.95 El copago de “Extra Help” (Ayuda adicional) se aplica a los medicamentos con receta de la Parte D.

Categoría de beneficio	Medicaid	Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP)
Dental	<p>Los beneficios de Medicaid incluyen: limpiezas, empastes, tratamientos de conducto, coronas y dentaduras parciales. \$0 de copago</p> <p>El beneficio dental para adultos tiene un límite anual de \$1,500 por año fiscal estatal (1 de julio a 30 junio).</p> <p>Los beneficios de emergencia y dentadura no están sujetos a este límite.</p>	<p>En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental. Todos los reclamos están sujetos a una revisión realizada por un consultor dental:</p> <p>Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.</p> <p>Consulte las páginas 58 a 60 del capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una descripción completa de los beneficios.</p> <p>El monto máximo de cobertura de beneficio del plan será de \$1,500 por año.</p>
Audífonos	<p>El beneficio está cubierto al 100% conforme a Medicaid Choice.</p> <p>\$0 de copago conforme a Medicaid Choice</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde</p> <p>\$0 de copago conforme a Medicaid FFS</p>	<p>Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años por audífonos.</p>
Exámenes/pruebas de audición	<p>Beneficios cubiertos al 100%</p> <p>\$0 de copago conforme a Medicaid Choice</p> <p>\$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS</p>	<p>Cubierto, \$0 de copago</p> <p>Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio: 20%</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>

Accesorios para la visión	Beneficio cubierto al 100% y \$0 de copago conforme a Medicaid Choice Cubierto solo luego de una cirugía de ojos y \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Nuestro plan paga hasta \$105 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).
Exámenes oculares	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice \$2.00 de copago por visita conforme a Medicaid FFS	Examen ocular de rutina: \$0 de copago cada año
Transporte	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago hasta 25 traslados de ida y vuelta
Membresía en clubes de salud	No es un beneficio cubierto conforme a Medicaid Choice ni Medicaid FFS.	\$0 para membresía en Denver Parks & Recreation Centers
Salud/bienestar, lo cual incluye dejar de fumar, boletines, asesores en salud/gestión de atención, capacitación nutricional y línea directa de enfermería	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago
Servicios de intérpretes Los servicios de intérpretes están disponibles para ayudarlo a obtener servicios. Se dispone de un intérprete para cualquier idioma. <ul style="list-style-type: none"> • servicios de intérpretes de idioma hablado • servicios de intérpretes en lenguaje de señas 	Beneficio cubierto al 100% \$0 de copago conforme a Medicaid Choice y Medicaid FFS	Cubierto, \$0 de copago

Aviso de no discriminación

Denver Health Medical Plan, Inc., en adelante denominada la "Compañía", cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud ni necesidad de servicios de atención médica.

La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Compañía al número gratuito 1-800-700-8140. Para TTY, llame al 711.

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

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

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

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

H5608_MCSOB20SP_M

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

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

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-700-8140 (TTY:711)

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

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

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

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

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

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

ध्यानदिनुहोस्: तपाईंलेनेपालीबोलनुहुन्छभनेतपाईंकोनिम्तिभाषासह
ायतासेवाहरुनिःशुल्करूपमाउपलब्धछ।फोनगर्नुहोस् 1-800-700-8140 (टिटिवाइ: 711)

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

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800-700-8140 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

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

Dè dẹ nià kẹ dyédé gbo: Ọ jǔ ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jǔ ní, níí, à wuḍu kà kò dọ po-poò b́éìn m̀ gbo kpáa.
Ḍá 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-700-8140 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-700-8140 (TTY: 711).