



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

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

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

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicíteles a los otros planes los folletos 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, consulte 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 Select (HMO)**
- 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 Select (HMO)

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

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos los 7 días de la semana, desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes, desde las 8:00 a.m. hasta las 8:00 p.m.

Números de teléfono y sitio web de Denver Health Medicare Select (HMO)

- 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?

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Colorado: **Adams, Denver y Jefferson.**

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

Puede consultar nuestros *Directorios de proveedores y farmacias* del plan en www.denverhealthmedicalplan.org.

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

¿Qué cubrimos?

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

- **Nuestros miembros del plan reciben *todos* los beneficios cubiertos por Medicare Original.**
- **Los miembros de nuestro plan también *reciben más cobertura* 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.**

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.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

¿Cómo puedo determinar los costos de mis medicamentos?

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

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

¿Cuánto cuesta la prima mensual?	\$31.30 por mes. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto cuesta el deducible?	<p>El deducible de la Parte B para 2020 es \$0. Esto significa que no se aplican deducibles para los servicios médicos y de hospital.</p> <p>El deducible de la Parte D para 2020 es \$250 para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto por los del Nivel 1 y el Nivel 6, los cuales están específicamente excluidos del deducible.</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>Su(s) límite(s) anual(es) en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$5,500 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.</p>
¿Hay un límite en el monto que paga el plan?	Nuestro plan tiene un límite de cobertura cada año para algunos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para saber a qué servicios se aplica.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Nota:

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 por período de beneficio 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 60 días adicionales, su cobertura para paciente hospitalizado se verá limitada a 90 días por período de beneficio.

En 2020, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:

Días 1 al 5: \$300 por día; esto se aplicará en la fecha del alta.

Días 6 al 90: \$0 por día

Días 91 al 150: \$578 por días de reserva de por vida

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 emergencia o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital (<i>Usted paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Las reglas de autorización previa 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.• Determinados exámenes de detección y servicios preventivos.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo. <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”. Si no sabe con certeza si se lo considera paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</i></p>
Centro de cirugía ^{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>Visitas de atención primaria: \$0 de copago Visita al especialista ^{1,2}: \$35 de copago</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).• Pruebas para detectar 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, la 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.• Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes (MDPP).• 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>\$80 de copago</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>
Servicios de atención urgente y necesaria	<p>\$40 de copago</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>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Procedimientos de diagnóstico/pruebas/servicios de laboratorio Servicios de diagnóstico/terapéuticos Servicios de radiología (<i>Los costos para estos servicios pueden ser distintos si se reciben en un entorno de cirugía ambulatoria</i>). ^{1,2}	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 20% del costo Servicios de laboratorio: \$0 (<i>Las reglas de autorización previa NO se aplican a los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</i>). Servicios de radiología de diagnóstico (tal como RM, TC): 20% del costo Radiografías ambulatorias: 20% del costo Servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo
Servicios de audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: \$35 de copago Examen de audición de rutina (hasta 1 cada tres años): \$35 de copago Adaptación/evaluación de audífonos (hasta 1 cada tres años): \$35 de copago Audífonos: nuestro plan paga hasta \$1,000 cada tres años por audífonos.
Servicios dentales	En general, los servicios dentales preventivos (tales como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos los servicios dentales enumerados, 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: Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. 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.
Servicios de la visión	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una prueba de detección de glaucoma anual): \$35 de copago Examen ocular de rutina (hasta 1 por año): \$35 de copago Lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes): nuestro plan paga hasta \$105 por año para lentes de contacto y anteojos (marcos y lentes).

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Atención de salud mental ^{1,2}	<p><u>Visita como paciente hospitalizado</u>^{1,2}:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio para las estadias en el hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>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 por período de beneficio.</p> <p><i>Excepto en una emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital.</i></p> <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <p>Días 1 al 5: \$300 por día; esto se aplicará en la fecha del alta.</p> <p>Días 6 al 90: \$0 por día</p> <p>Días 91 al 150: \$578 por días de reserva de por vida</p> <p><u>Visita como paciente ambulatorio</u> ²:</p> <p>Visita de terapia grupal como paciente ambulatorio: \$0 de copago</p> <p>Visita de terapia individual como paciente ambulatorio: \$0 de copago</p>
Establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ^{1,2}	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>En 2019, los montos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Usted no paga nada los días 1 al 20.• \$170.50 de copago por día durante los días 21 al 100. <p>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>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Rehabilitación ambulatoria ^{1,2}	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): 20% del costo Servicios de rehabilitación pulmonar (pulmón): 20% del costo Visita de terapia ocupacional: \$35 de copago Visita de terapia física: \$10 de copago Visita de terapia del habla: \$10 de copago
Ambulancia	20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.
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
Atención quiropráctica	Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (si 1 hueso o más de su columna vertebral se salen de lugar): \$20 de copago
Servicios y suministros para personas diabéticas ¹	Zapatos o plantillas terapéuticos para personas diabéticas: 20% del costo Insumos para diabetes: \$0 <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: \$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 le 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 y suministros médicos
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios ²	Visita de terapia grupal ² : \$0 de copago Visita de terapia individual ² : \$0 de copago

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Servicios de tratamiento de opioides ²	Visita de terapia grupal: \$0 Visita de terapia individual: \$0 Medicación para tratamientos: \$0 Pruebas de toxicología: \$0
Cirugía ambulatoria ^{1,2}	Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: 20% del costo Servicios hospitalarios ambulatorios: 20% del costo
Dispositivos protésicos (<i>soportes, extremidades artificiales, etc.</i>) ¹	Dispositivos protésicos: 20% del costo Insumos médicos relacionados: 20% del costo
Diálisis renal ^{1,2}	20% del costo
Centro de cuidados paliativos	<p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos que le provea un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Puede ser que deba pagar parte del costo de los medicamentos y de atención de relevo. Los servicios en centros de cuidados paliativos se cubren fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.</p> <p><i>Usted debe recibir la atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted debe consultar con nuestro plan antes de elegir un centro de cuidados paliativos.</i></p>

Beneficios de medicamentos con receta

Etapa de cobertura inicial

Después de que pague su deducible anual de \$250, usted paga el costo compartido que figura en las tablas a continuación hasta que sus costos totales anuales de medicamentos lleguen a \$4,020. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con servicio de envíos por correo que pertenecen a la red. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o puede acceder a nuestra *Evidencia de cobertura* en Internet.

Costo compartido estándar en farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	\$9 de copago	\$18 de copago	\$18 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas)	50% de coseguro	50% de coseguro	50% de coseguro
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	28% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 6 (medicamentos selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo compartido estándar en farmacias con envío por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Sin cobertura	\$6 de copago
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Sin cobertura	\$18 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marcas preferidas)	Sin cobertura	25% de coseguro
Nivel 4 (medicamentos de marcas no preferidas)	Sin cobertura	50% de coseguro
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	28% de coseguro	Sin cobertura
Nivel 6 (medicamentos selectos)	Sin cobertura	\$0 de copago

Beneficios de medicamentos con receta

Etapa de cobertura inicial (continuación)

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

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. 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 teléfono gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o puede acceder a nuestra *Evidencia de cobertura* en Internet.

Etapa de cobertura catastrófica

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:

- 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.

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 *Evidencia de cobertura* en Internet en www.denvermedicalplan.org.

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>.

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

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

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት 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

ायतासेवाहरुनि:शुल्करूपमाउपलब्धछ।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 بگیرید. 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Dè dẹ nià kẹ dyédé gbo: Ọ jǔ ké m̀ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jǔ ní, níí, à wuḍu ká kò dọ po-poò 6éìn 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).