1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Se requiere autorización previa para algunos servicios. Consulte la lista de autorizaciones previas que encontrará en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/medical-prior-authorization-list. Si tiene preguntas acerca de la autorización previa, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o realice una llamada gratuita al 1-855-823-8872. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

En caso de una emergencia que ponga en riesgo la vida o la integridad de una extremidad, llame al 9-1-1 o diríjase al departamento de emergencia del hospital más cercano o al establecimiento médico más cercano. Para recibir atención de emergencia no necesita ser remitido por un médico y los costos compartidos son iguales dentro y fuera de la red. Las autorizaciones previas no se aplican a las internaciones de emergencia.

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible		
Plan individual Plan familiar	Deducible del plan individual: $2,750 Deducible del plan familiar: $5,500 Todos los montos del deducible del plan individual contarán para el deducible del plan familiar; una persona no deberá pagar más que el monto del deducible del plan individual.	No corresponde.
Máximo de desembolso directo		
Plan individual Plan familiar	Deducible del plan individual: $7,000 Deducible del plan familiar: $14,000 El máximo de desembolso directo incluye el deducible anual, el coseguro y todos los costos compartidos. Todos los montos de desembolso directo del plan individual contarán para el máximo de desembolso directo del plan familiar; una persona en el plan individual no deberá pagar más que el máximo de desembolso directo del plan individual.	No corresponde.
Máximo de por vida		
	Sin máximo de por vida	No corresponde.
PROVEEDORES CUBIERTOS		
	Proveedores de Denver Health and Hospital Authority, y Denver Health Medical Center. Los proveedores de Cofinity solo brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red. Consulte el *Directorio de proveedores* para obtener una lista actual y completa de los proveedores de DHMP (https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor) y de los proveedores de Cofinity (www.cofinity.net). Los proveedores de la red PPO de Delta Dental pertenecen a la red para los beneficios dentales de adultos (www.deltadentalco.com). Los proveedores de la red Advantage de VSP pertenecen a la red para los beneficios de visión de adultos (www.vsp.com).	No corresponde.
Visitas al consultorio médico		
Proveedores de atención primaria (medicina familiar, medicina interna y pediatría)	$15 de copago, no se aplica el deducible.	Sin cobertura
Especialista	$25 de copago, no se aplica el deducible.	Sin cobertura

La información anterior es solo un resumen de los beneficios descritos. El resto del presente folleto contiene información adicional importante acerca de las limitaciones, las exclusiones y los beneficios cubiertos. La sección "Tabla de beneficios (quién paga qué)" contiene información adicional acerca de los copagos, los deducibles y los coseguros. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de atención preventiva		
Niños y adultos	0% de coseguro, no se aplica el deducible (cubierto 100%). Todas las vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) están cubiertas sin cargo. Todos los servicios preventivos con recomendaciones A o B de parte del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) y aquellos avalados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration) están cubiertos sin cargo. Se incluyen pero no se limitan a la visita anual de rutina, al examen femenino de rutina, las visitas prenatales y posparto, la colonoscopía y la mamografía. Para ver la lista completa, consulte la lista del USPSTF en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate.	Sin cobertura
Maternidad		
Visita prenatal	10% de coseguro, se aplica el deducible. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales.	Sin cobertura
Parto, atención para pacientes hospitalizados y atención de rutina para el bebé	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Infertilidad		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Medicamentos con receta		
Para medicamentos de nuestra lista aprobada, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate.	**Farmacia de Denver Health (suministro para 30 días)** • Genéricos: $10 de copago, no se aplica el deducible. • De marca preferida: $35 de copago, no se aplica el deducible. • Especializados de marca no preferida/preferidos: 5% de coseguro, se aplica el deducible. • Especializados: 5% de coseguro, se aplica el deducible. **Farmacia de Denver Health (suministro para 90 días)** • Genéricos: $20 de copago, no se aplica el deducible. • De marca preferida: $70 de copago, no se aplica el deducible. • Especializados de marca no preferida/preferidos: 5% de coseguro, se aplica el deducible. • Especializados: N/C **Farmacia de National Network (suministro para 30 días)** • Genéricos: $20 de copago, no se aplica el deducible. • De marca preferida: $70 de copago, no se aplica el deducible. • Especializados de marca no preferida/preferidos: 5% de coseguro, se aplica el deducible. • Especializados: 5% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
	Farmacia de National Network (suministro para 90 días) • Genéricos: $40 de copago, no se aplica el deducible. • De marca preferida: $140 de copago, no se aplica el deducible. • Especializados de marca no preferida/preferidos: 5% de coseguro, se aplica el deducible. • Especializados: N/C	
Servicios de hospitalización		
	10% de coseguro, se aplica el deducible. La cirugía bariátrica médicamente necesaria está cubierta.	Sin cobertura
Cirugía ambulatoria		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Diagnóstico, laboratorio y radiología		
Laboratorio, tomografía por emisión de positrones/resonancia magnética (RM) y radiografías/tomografía computarizada	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Examen pulmonar, ambulatorio	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Atención de emergencia		
	$150 de copago por visita, no se aplica el deducible.	$150 de copago por visita, no se aplica el deducible.
Atención de urgencia y Dispatch Health		
	$75 de copago por visita, no se aplica el deducible.	$75 de copago por visita, no se aplica el deducible.
Ambulancia		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	10% de coseguro, se aplica el deducible.
Atención de salud conductual y otro tipo de atención de salud mental		
Paciente ambulatorio	$15 de copago por visita, no se aplica el deducible.	Sin cobertura
Paciente hospitalizado	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Terapias		
De rehabilitación: terapia física, ocupacional y del habla	10% de coseguro, se aplica el deducible. Limitación: 30 visitas de cada terapia por año calendario	Sin cobertura
De habilitación: terapia física, ocupacional y del habla	10% de coseguro, se aplica el deducible. Limitación: 30 visitas de cada terapia por año calendario	Sin cobertura
Rehabilitación pulmonar	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Rehabilitación cardíaca	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Equipo médico durable		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Exámenes de audición y audífonos		
Adultos (19 años de edad y mayores)	Sin cobertura	Sin cobertura
Menores de 18 años de edad	Exámenes de audición cubiertos 100%. Audífonos cubiertos 100% una vez cada 5 años	Sin cobertura
Prótesis		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Aparatos ortopédicos		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Oxígeno/equipo de oxígeno		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Trasplantes de órganos		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Atención médica a domicilio		
	10% de coseguro, se aplica el deducible. Limitación: 28 horas por semana	Sin cobertura
Cuidados paliativos		
	10% de coseguro, se aplica el deducible.	Sin cobertura
Establecimiento de enfermería especializada		
	10% de coseguro, se aplica el deducible. Limitación: 100 días por año calendario	Sin cobertura
Atención quiropráctica		
	10% de coseguro, se aplica el deducible. Limitación: 20 visitas por año calendario Columbine Chiropractic debe brindar los servicios para que estén cubiertos.	Sin cobertura
Atención dental		
Adultos (19 años de edad y mayores)	100% de cobertura. Exámenes orales y limpiezas cubiertas dos veces por año calendario, radiografías cubiertas una vez por año calendario. Los proveedores PPO de Delta Dental deben brindar los servicios para que estén cubiertos.	Sin cobertura
Menores de 18 años de edad	Sin cobertura	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de la visión		
Adultos de 19 años de edad y mayores, exámenes oculares	$0 de copago por visita, no se aplica el deducible. Límite de 1 examen ocular de rutina cada 12 meses. Los proveedores Advantage de VSP deben brindar los servicios para que estén cubiertos.	Sin cobertura
Adultos de 19 años de edad y mayores, accesorios para la visión	$25 de copago, no se aplica el deducible. Un par de anteojos (incluye los armazones y los lentes) o lentes de contacto cada 24 meses de proveedores Advantage de VSP.	Sin cobertura
Menores de 18 años de edad	100% de cobertura. Un par de anteojos (incluye los armazones y los lentes) o lentes de contacto con costo compartido de $0 cada 24 meses de un proveedor de la red. Límite de 1 examen ocular de rutina cada 12 meses.	Sin cobertura

Enero de 2021

La información contenida en el presente *Manual para miembros* explica la administración de los beneficios del plan Elevate. Elevate es un plan de seguro de salud ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc., una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia estatal. Este *Manual para miembros* también es considerado su documento de *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC). La información respecto de la administración de los beneficios de Elevate también puede obtenerse a través de los materiales de marketing. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department), llamando al 303-602-2090 o realizando una llamada gratuita al 1-855-823-8872, y visitando nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate. En caso de un conflicto entre los términos y condiciones de este *Manual para miembros* y cualquier suplemento de este u otro material proporcionado por Elevate, los términos y condiciones de este *Manual para miembros* y sus suplementos tendrán prioridad.

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN INC.

Elevate

GOLD SELECT

La cobertura según se describe en el presente *Manual para miembros* comienza el 1 de enero de 2021 y termina el 31 de diciembre de 2021.

3. Contáctenos

Servicios del Plan de Salud 303-602-2090 ▪ Fax 303-602-2138

- Preguntas sobre los beneficios
- Preguntas sobre la elegibilidad
- Autorización previa
- Preguntas sobre la facturación
- Quejas (reclamaciones)

Departamento de Farmacia 303-602-2081

- Autorizaciones previas de farmacia (medicaciones que no están en el *Formulario de medicamentos*)
- Rechazos de reclamos de farmacia
- Costo de medicaciones
- Seguridad de medicaciones

Centro de Citas de Denver Health ▪ 303-436-4949
NurseLine (Línea de Enfermería) las 24 horas ▪ 303-739-1261

Elevate Health Plans
938 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, CO 80204

www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate

¿Preguntas? Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o realice una llamada gratuita al 1-855-823-8872. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

4. Índice

1. Tabla de beneficios (quién paga qué) 1
2. Página del título (cubierta) 6
3. Contáctenos 7
4. Índice 8
5. Elegibilidad 9
6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios 12
7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto) 20
8. Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto) 42
9. Responsabilidad de pago por parte del miembro 45
10. Procedimiento de reclamos (cómo presentar un reclamo) 46
11. Disposiciones generales de la póliza 52
12. Cancelación/no renovación/continuación 58
13. Apelaciones y quejas 60
14. Información sobre los cambios en la póliza y las tarifas 66
15. Definiciones 67

5. Elegibilidad

Elevate es un plan de seguro de salud ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP), una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia para ofrecer cobertura en los condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson, en Colorado.

Elevate se ofrece a través de Connect for Health Colorado y directamente a través de Denver Health Medical Plan. Está sujeto a todas las reglas y los reglamentos de Connect for Health Colorado. Puede visitar su sitio web en http://www.connectforhealthco.com.

Ninguna persona es inelegible debido a una afección de salud preexistente.

En relación con la prestación de beneficios cubiertos médicamente necesarios, el plan Elevate no discrimina a personas que participan en un programa con financiación pública.

Si, en virtud de una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO), usted o su cónyuge deben brindar cobertura para sus hijos, pueden solicitar a Elevate que les brinde, sin cargo, una declaración por escrito que resuma los procedimientos para recibir la cobertura para dichos hijos.

¿Quién es elegible para inscribirse en Elevate?

- Todos los residentes de los condados de Denver, Arapahoe, Adams o Jefferson son elegibles para inscribirse en un plan de salud de Elevate.
- Usted no es elegible para inscribirse en Elevate si tiene el plan de salud Child Health Plan Plus.
- Los miembros de Elevate con subsidio de crédito fiscal anticipado para primas (Advance Premium Tax Credit, APTC) son inelegibles para inscribirse dualmente en Medicaid o Medicare.
- Puede inscribirse en un plan de salud de Elevate independientemente de su estado físico o mental, raza, credo, edad, color, nacionalidad o ascendencia, discapacidad, estado civil, sexo, preferencia sexual o afiliación política/religiosa.

Dependientes elegibles

Los dependientes elegibles que pueden participar son los siguientes (puede exigirse la prueba correspondiente):

- Su cónyuge, tal como lo define la ley estatal vigente de Colorado (incluido el cónyuge de hecho, pareja de hecho del mismo sexo o pareja en una unión civil), si está inscripto en su plan.
- Un hijo casado o soltero hasta su cumpleaños número 26.
- Un hijo soltero de cualquier edad que está médicamente certificado como discapacitado y dependiente de usted.
- Un niño, que cumple las limitaciones de edad indicadas anteriormente, puede considerarse un dependiente si el niño es un hijo biológico, un hijastro, un niño acogido, un hijo adoptivo, un niño entregado a su cargo en adopción (ver requisitos de inscripción), un niño para el que a usted o a su cónyuge se les requiere, por una orden de manutención infantil médica calificada, que le brinden cobertura de atención médica (incluso si el niño no reside en su casa), un niño del que usted o su cónyuge tienen la patria potestad por orden judicial, o el hijo de su pareja de hecho del mismo sexo elegible.
- Para obtener cobertura según una QSMCO u otra orden judicial, usted debe proporcionar una copia de la orden.
- Los dependientes elegibles que viven fuera del área de la red deben utilizar proveedores de la red de Denver Health Medical Plan para su atención médica, excepto por atención de urgencia o emergencia.

Inscripción inicial

Para obtener cobertura médica, usted y sus dependientes elegibles deben inscribirse durante un período de inscripción abierta o inscripción especial.

Inscripción abierta

La inscripción abierta es un período anual durante el cual los miembros se pueden inscribir en un plan de salud de Elevate. Los planes de salud de Elevate se rigen por el período de inscripción abierta de Connect for Health Colorado:

La inscripción para planes en vigencia a partir del 1 de enero de 2021 comienza el 1 de noviembre de 2020 y finaliza el 15 de diciembre de 2020.

Inscripción especial

Ciertos acontecimientos pueden dar lugar a un período de inscripción especial durante el cual usted o sus dependientes elegibles (según el acontecimiento) pueden inscribirse en un plan de salud.

En cada uno de los siguientes casos, usted o sus dependientes elegibles deben inscribirse dentro de los 60 días posteriores al acontecimiento.

- Pérdida involuntaria de la cobertura acreditable existente por cualquier razón que no sea fraude, tergiversación o falta de pago de una prima.
- Se agrega un dependiente o una persona se convierte en dependiente mediante matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción o colocación en adopción,

colocación en hogares temporales, o mediante la celebración de un acuerdo de beneficiario designado si la compañía aseguradora ofrece cobertura a los beneficiarios designados.

- La inscripción o la no inscripción de una persona en un plan de beneficios de salud que sea sin intención, accidental o errónea, y sea consecuencia de un error, tergiversación u omisión de la compañía aseguradora, del productor o del Mercado.
- Se demuestra ante el comisionado de seguros que el plan de beneficios de salud en el cual la persona está inscrita ha violado sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con la persona.
- Un inscripto del Mercado se vuelve recientemente elegible o inelegible para recibir el APTC o las reducciones de costo compartido (Cost Sharing Reductions, CSR) disponibles a través del Mercado.
- Se obtiene acceso a otra cobertura acreditable como consecuencia de un cambio permanente de residencia.
- Los padres o tutores legales cancelan la inscripción de un dependiente, o un dependiente pasa a ser inelegible para recibir los beneficios del Plan de Salud Infantil Básico.
- Una persona pasa a ser inelegible en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado (Colorado Medical Assistance Act).
- Una persona, que previamente no tenía la ciudadanía, la nacionalidad ni era residente legal en el país, obtiene dicha condición.
- Un indígena estadounidense, según se define en el artículo 4 de la Ley para la Mejora de la Atención Médica para Indígenas (Indian Health Care Improvement Act), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez por mes.

Cuando se notifica a una persona o esta toma conocimiento de un acontecimiento de cambio de vida calificatorio (Qualifying Life Change Event, QLCE) que ocurrirá en el futuro, esta puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia de dicho acontecimiento, y la cobertura no comenzará antes del día en que ocurre el acontecimiento desencadenante, para evitar una brecha en la cobertura. La persona debe ser capaz de proporcionar documentación escrita para respaldar la fecha de entrada en vigencia del QLCE en el momento de la solicitud.

Para obtener más información sobre los QLCE y el impacto que tienen sobre el APTC o la CSR, comuníquese con Connect for Health Colorado al 1- 855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) o visite www.connectforhealthco.com.

Cuándo comienza la cobertura

Inscripción abierta: si selecciona Elevate durante un periodo de inscripción abierta anual, que finaliza el 15 de diciembre, su cobertura comienza el 1 de enero del año siguiente. Si se inscribe entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, su cobertura comienza el 1 de febrero. La cobertura para sus dependientes inscritos comienza en el momento en el que comienza su cobertura.

Fecha de entrada en vigencia de la inscripción especial

- En el caso de matrimonio o, unión civil, o en el caso de que una persona pierda la cobertura acreditable, la cobertura debe entrar en vigencia a más tardar el primer día del siguiente mes.
- En el caso de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en hogares temporales, la cobertura debe entrar en vigencia en la fecha del acontecimiento.
- En el caso de cualquier otro QLCE, cuando se adquiere una cobertura individual entre el primer y el decimoquinto día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.
- En el caso de cualquier otro QLCE, cuando se adquiere una cobertura individual entre el decimosexto y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

Miembros hospitalizados: si un miembro está hospitalizado en un establecimiento médico en el momento en que comienza la cobertura y el miembro contaba con una cobertura previa conforme a un plan de salud grupal, la compañía aseguradora anterior será responsable de todos los costos y servicios cubiertos asociados a dicha internación. Elevate no será responsable de ningún servicio ni costo asociado a esa internación. No obstante, ante la necesidad de un servicio sin relación con la internación original, Elevate será responsable de todo servicio cubierto según se establece en la sección “Beneficios/cobertura”. Si el miembro está internado en un establecimiento médico y no estaba cubierto por un plan de salud grupal cuando comenzó la cobertura de Elevate, Elevate será responsable de los costos y servicios cubiertos asociados a la internación desde el inicio de la cobertura.

Cuándo finaliza la cobertura

- Cuando usted o un dependiente ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- Si usted deja de pagar la prima mensual requerida para la continuidad de la cobertura.

5. Elegibilidad

- Usted viola los términos del plan.
- La cobertura para sus dependientes finalizará en el mismo momento en que finalice su cobertura.

Dependientes discapacitados: la cobertura para hijos dependientes con certificado médico de discapacidad que dependen de usted también finalizará en el mismo momento en que finalice su cobertura.

- No se cancelará la cobertura de ningún miembro debido a su condición de salud o al uso anterior de los servicios médicos.
- Consulte la sección “Cancelación/no renovación/continuación”.

Bienvenido a Elevate

En Elevate nuestra inquietud principal es que usted reciba servicios de atención médica de calidad.

Como miembro de Elevate, usted debe recibir sus servicios de atención médica dentro de la red contratada.

Su obligación básica al tener una membresía es consultar con su proveedor de atención primaria antes de solicitar la mayoría de los servicios de atención médica.

Consulte la "Tabla de beneficios" para ver el detalle de los costos compartidos.

Su proveedor de atención primaria

Los proveedores de atención primaria son médicos de familia, médicos de medicina interna, pediatras, asistentes médicos y enfermeras profesionales. Encontrará una lista de los proveedores de atención primaria de la red en nuestro directorio "Find a Provider" (Buscar un proveedor) en Internet. Los Servicios del Plan de Salud también pueden ayudarle a encontrar un proveedor.

Si bien usted no tiene la obligación de seleccionar un proveedor de atención primaria, estos profesionales pueden ayudarlo a mantener y controlar su salud, así como también a acceder a los servicios médicos de atención especializada.

Seleccionar a un proveedor de atención primaria

Para buscar los proveedores de atención primaria que participan en la red de Elevate, visite www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members y seleccione "Find a Provider" (Buscar un proveedor). También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Usted tiene derecho a consultar a cualquier proveedor de atención primaria que forme parte de nuestra red y que esté aceptando miembros. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Cambiar de proveedor de atención primaria

Si decide seleccionar un nuevo proveedor de atención primaria, no es necesario que nos informe. Puede cambiar su selección en cualquier momento. Además, cuando un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) deja la red de Denver Health, se le envía una notificación a todos los miembros que recientemente recibieron atención por parte de este proveedor. Nuestro sitio web ofrece la información más actualizada sobre los proveedores que forman parte de la red de Elevate. Si necesita más información, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Atención especializada

Si usted piensa que necesita ver a un especialista o a otro proveedor, debe comunicarse primero con su proveedor de atención primaria. Trabajarán con usted para determinar si necesita consultar a un especialista, le proporcionarán una remisión y lo ayudarán a planificar su atención.

Los miembros pueden autorremitirse a los siguientes servicios: obstetra o ginecólogo, salud conductual y atención oftalmológica de rutina.

Su red de salud

La red de Elevate está constituida por todas las clínicas y los establecimientos de Denver Health. La red incluye 9 centros de salud comunitarios, 17 centros de salud con base en escuelas y el campus principal Denver Health Medical Center. El campus principal incluye el nuevo Webb Primary Care Center (Centro de Atención Primaria Webb) para atención ambulatoria, así como también el establecimiento hospitalario para pacientes hospitalizados. Además, los miembros tienen acceso a las clínicas Clínica and Salud (Clínica y Salud) en el área de servicio de los cuatro condados.

Para obtener una lista completa de los proveedores de la red de Elevate, visite www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members y haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor) para acceder a nuestro *Directorio de proveedores* en línea o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Si necesita un servicio que Denver Health Medical Center no ofrece o si no puede obtener una cita de manera oportuna, puede ser remitido a un proveedor fuera de esta red. Sin embargo, usted debe tener una autorización previa para que Elevate pague por estos servicios. Debe ponerse en contacto con su proveedor para presentar una solicitud de autorización previa en su nombre. Si su proveedor tiene alguna pregunta sobre este punto, puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Atención fuera del horario de atención al público

La atención médica después del horario de atención al público está cubierta. Si tiene una necesidad médica urgente, puede visitar cualquier centro de atención de urgencia que sea conveniente para usted. También puede llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) al 303-739-1261, que está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Si usted tiene una emergencia que pone en riesgo su vida o la integridad de una extremidad, vaya a la sala de emergencias más cercana o marque 9-1-1.

Atención de emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una persona inexperta prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría:

- poner en grave riesgo la salud de la persona o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé;
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- provocar disfunción grave en cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.

Si usted o un familiar necesitan atención de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o marquen 9-1-1. No se necesita autorización previa. El costo compartido es el mismo tanto para los proveedores dentro como fuera de la red.

Atención fuera de la red del plan de salud:

La atención recibida fuera de la red de Elevate podrá estar cubierta en los siguientes casos:

- Ese tipo de atención no se presta dentro de la red de Elevate.
- Usted recibe una remisión de su proveedor de atención primaria o especialista, y la remisión es aprobada (autorizada), con anterioridad, por la Gestión de la Utilización de Servicios.

Se permiten las autorremisiones a proveedores de Cofinity solo para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.

Si elige consultar a un proveedor que no es un proveedor participante, sin una remisión de su proveedor de atención primaria o sin autorización previa de Elevate, usted puede ser responsable de todos los cargos por todos los servicios. Elevate no tiene obligación de pagar estos cargos.

Si vive o viaja fuera del área metropolitana de Denver pero todavía dentro de los Estados Unidos, solo estarán cubiertas las emergencias, los servicios de atención de urgencia y los medicamentos con receta, cuando se adquieran en una farmacia de la red.

Gestión de casos complejos (Complex Case Management, CCM)

Contamos con gestores de casos complejos a los que puede recurrir si usted tiene problemas médicos complejos, necesidades psicosociales o de coordinación de atención que requieran apoyo intensivo. Sabemos que puede ser difícil comprender todo lo que se debe hacer para cuidar su salud, pero estamos aquí para ayudar.

Nuestro equipo de gestores de casos complejos incluye enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales calificados. Para nosotros, su salud es un tema prioritario y le ofrecemos servicios especializados que se centran en usted y sus necesidades.

Los gestores de casos complejos se encuentran a su disposición para lo siguiente:

- ayudar a coordinar la atención entre sus distintos médicos;
- ayudar a encontrar recursos comunitarios para satisfacer sus necesidades;
- defenderlo para garantizar que reciba la atención que necesita;
- brindarle información sobre atención médica, orientación y apoyo de forma personal e individual;
- brindarle educación para apoyar las habilidades de autoasistencia.

Nuestra meta es ayudarlo a:

- recobrar o mejorar su salud o función, y comprender mejor sus afecciones de salud e inquietudes;
- comprender sus beneficios de atención médica y obtener la atención que necesita;
- desempeñar un rol más activo en su plan de atención y tratamiento.

Los miembros o los cuidadores pueden autorremitirse para obtener acceso a estos servicios voluntarios. Los servicios de gestión de casos complejos se brindan sin costo alguno para usted y no afectarán los beneficios de su plan.

Para participar en un programa de gestión de casos complejos o para obtener más información sobre la gestión de casos complejos, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede obtener más información sobre la elegibilidad para el programa y los servicios en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members.

Gestión de la utilización de servicios/proceso de autorización

Algunos servicios médicos deben ser revisados y aprobados (autorización previa) por Elevate para garantizar el pago.

Su médico u otro proveedor enviarán una solicitud a Elevate

para obtener la autorización. DHMP les notificará a usted y a su proveedor una vez aprobada o denegada la solicitud. En ocasiones, las solicitudes pueden ser negadas debido a que la atención no es un beneficio cubierto o no es médicamente necesaria. Si no está de acuerdo con la decisión de negar su solicitud, puede apelar la decisión. (Consulte la sección "Apelaciones y quejas").

Si tiene preguntas acerca de la autorización previa o de una autorización existente, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede consultar la lista de autorizaciones previas disponible en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/medical-prior-authorization-list.

NurseLine (Línea de Enfermería)

Los miembros de Elevate pueden llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health que está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana al 303-739-1261. Este servicio cuenta con enfermeras capacitadas para responder a preguntas inmediatas sobre su salud. En algunos casos el representante de NurseLine (Línea de Enfermería) puede llamar para indicar una receta o ahorrarle el viaje para obtener atención de urgencia.

Servicios de interpretación de idiomas (Language Line)

Elevate se compromete a satisfacer las necesidades de los miembros de nuestro plan. Elevate ofrece servicios de traducción sin costo alguno para los miembros de nuestro plan. Si necesita un intérprete durante su visita clínica, informe al representante del Centro de Citas cuando realice su cita.

Access Plan (Plan de acceso)

Elevate cuenta con Access Plan (Plan de acceso) que evalúa a todos los médicos, hospitales y otros proveedores de la red para garantizar que los miembros cuenten con el acceso adecuado a los servicios. Este plan también explica los procedimientos de remisión, coordinación de la atención y cobertura de emergencia de Elevate. Access Plan (Plan de acceso) se encuentra disponible en el sitio web de Elevate. www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-access-care.

Salud y bienestar

El asesoramiento en salud es un beneficio gratuito que se ofrece a través del Departamento de Gestión de la Salud. Nuestra plataforma de asesoría en salud ayuda a los miembros a que tengan un papel más activo en su atención médica y en el control de la enfermedad. Esto ayuda a aumentar la motivación al alentar y apoyar a los miembros para que realicen cambios en su estilo de vida con el fin de mejorar la salud.

Los asesores en salud pueden ayudarlo con lo siguiente:

- comenzar un programa de ejercicios;
- comer mejor/bajar de peso;
- dejar de fumar;
- disminuir los niveles de estrés;
- tomar sus medicaciones;
- conectarse con recursos comunitarios.

Los asesores en salud pueden ayudarlo a controlar enfermedades crónicas, tales como asma, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva y depresión.

Cuando usted está fuera de la ciudad

Cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos, solo los servicios de atención de emergencia y urgencia están cubiertos fuera de la red del área de servicio de Elevate. Usted puede ir a cualquier hospital o centro de atención de urgencia de su conveniencia. Si necesita atención de emergencia, diríjase al hospital más cercano o llame al 9-1-1. La atención de rutina no está cubierta fuera de la red. Los servicios urgentes o no urgentes fuera del país no son un beneficio cubierto. Después de una visita de atención de emergencia o urgencia fuera de la red, se cubre una visita de seguimiento si usted no puede viajar de vuelta (por motivos razonables) a su área de servicio. Los gastos de viaje para regresar al área de la red de Elevate no constituyen un beneficio cubierto. Si planifica estar fuera del área de servicio de Elevate y necesita sus medicamentos con receta, tenemos una amplia red de farmacias en todo el país para satisfacer su necesidad. Consulte con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Cambio de domicilio

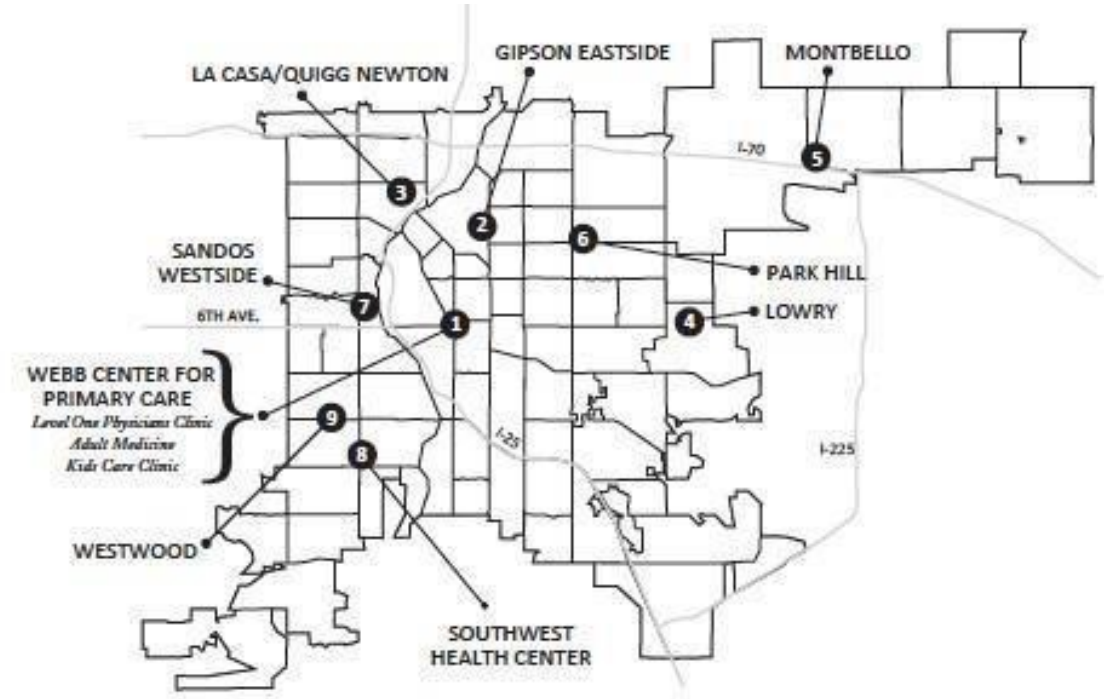
Si adquirió su plan Elevate de Connect for Health Colorado, deberá ponerse en contacto con ellos directamente para cualquier cambio de nombre, domicilio postal o número de teléfono al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) o en www.connectforhealthco.com. Si adquirió su plan Elevate directamente de DHMP, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Instrucciones anticipadas

Las decisiones de instrucciones anticipadas incluyen el derecho a consentir (aceptar) o rechazar cualquier atención o tratamiento médico y el derecho a dar instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas relativas a sus deseos sobre su tratamiento médico. Se trata de decisiones de atención médica importantes y merecen ser consideradas con detenimiento. Se recomienda analizarlas con su médico, familia, amigos o miembros del personal de su establecimiento de atención médica, e incluso con un abogado. Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, tales como testamentos en vida,

poderes notariales para fines médicos, órdenes de no reanimar (Do Not Resuscitate orders, DNR) por parte de su proveedor personal, hospital o abogado. No es obligatorio que cuente con instrucciones anticipadas para recibir tratamiento o atención médica. Los formularios de instrucciones anticipadas se encuentran disponibles en el sitio web de Elevate en http://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-forms-documents-links.

Mapa de los centros de salud familiar de Denver Health



CENTROS DE SALUD FAMILIAR

1 ℞ **WELLINGTON WEBB CENTER FOR PRIMARY CARE**
301 W. 6th Ave.

LEVEL ONE PHYSICIANS CLINIC	303.602.8270
ADULT MEDICINE CLINIC	
Burgundy	303.602.8070
Green Team	303.602.8080
KIDS CARE CLINIC	303.602.8340
PHARMACY	303.602.8500

2 ℞ **GIPSON EASTSIDE**
501 28th St. 303.436.4600
Pharmacy 303.436.4600

3 ℞ **LA CASA/QUIGG NEWTON**
4545 Navajo 303.602.6700
Pharmacy 303.602.6700

4 ℞ **LOWRY**
1001 Yosemite St. 303.602.4545
Suite 100
Pharmacy 303.602.4630

5 ℞ **MONTBELLO**
12600 Albrook Dr. 303.602.4000
Pharmacy 303.602.4025

6 **PARK HILL**
4995 E. 33rd Ave. 303.602.3720

7 ℞ **SANDOS WESTSIDE**
1100 Federal Blvd. 303.436.4200
Pharmacy 303.436.4200

8 ℞ **SOUTHWEST HEALTH CENTER**
1339 S. Federal Blvd. 303.602.0000
Pharmacy 303.602.0000

9 **WESTWOOD**
4320 W Alaska Ave. 303.602.4660

1 **HOSPITAL**

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
777 Bannock St. 303.436.6000

ADULT URGENT CARE WALK-IN CLINIC
777 Bannock St. 303.602.2822

PEDIATRIC URGENT CARE CLINIC
777 Bannock St. 303.602.3300

Clinica Family Health

Lafayette Clinic
1735 South Public Road
Lafayette, CO 80026

Pecos Clinic
1701 West 72nd Avenue, 3rd Floor
Denver, CO 80221

People's Clinic
2525 13th Street
Boulder, CO 80304

Thornton Clinic
8990 North Washington Street
Thornton, CO 80229

Westminster Clinic
8510 North Bryant St
2nd Floor
Westminster, CO 80031

Centros de salud familiar

Audrey C. Farley Women's Center
30 South 20th Avenue
Brighton, CO 80601

Brighton Salud Family Health Center
1860 Egbert Street
Brighton, CO 80601-3701

Commerce City Salud and Family Health Center
6255 Quebec Pkwy
Commerce City, CO 80022-5413

Community Reach Center Salud
4371 East 72nd Avenue
Commerce City, CO 80022

Salud Longmont Clinic
220 East Rogers Road
Longmont, CO 80501

Información sobre servicios de emergencia y servicios que no son de emergencia

Facturación sorpresa: conozca sus derechos

A partir del 1 de enero de 2020, la ley estatal de Colorado lo protege de la "facturación sorpresa". Esto a veces se llama "facturación de saldos" y puede suceder cuando usted recibe servicios cubiertos, aparte de los servicios de ambulancia, de un proveedor fuera de la red en Colorado. **Esta ley no se aplica a todos los planes de salud y puede no aplicarse a proveedores fuera de la red ubicados fuera de Colorado. Verifique si en su tarjeta de id. figura "CO-DOI" (Colorado Department of Insurance, Departamento de Seguro de Colorado); de lo contrario, esta ley puede no aplicarse a su plan de salud.**

¿Qué es la facturación sorpresa/de saldos y cuándo ocurre?

Usted es responsable de los montos de costo compartido requeridos por su plan de salud, incluidos los copagos, deducibles o coseguros. Si usted es atendido por un proveedor o utiliza servicios en un hospital u otro tipo de centro que **no** están en la red de su plan de salud, es posible que tenga que pagar costos adicionales asociados con esa atención. Estos proveedores o servicios en hospitales y otros centros se denominan a veces "fuera de la red".

Los hospitales, centros o proveedores fuera de la red a menudo le facturan la diferencia entre lo que Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) decide que es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red factura como el cargo total. Esto se llama facturación "sorpresa" o "de saldos".

Cuándo NO SE PUEDE facturar el saldo:

Servicios de emergencia

Cuando recibe servicios de atención médica de emergencia, generalmente el monto máximo que se le puede facturar por servicios de emergencia es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan, que son los copagos, deducibles o coseguros. No se le puede facturar un saldo por ningún otro monto. Esto incluye tanto el centro de emergencia como cualquier proveedor que pueda consultar por atención de emergencia.

Servicios que no son de emergencia en un centro dentro de la red o fuera de la red

El hospital o centro debe indicarle si se encuentra en una ubicación fuera de la red o en una ubicación dentro de la red que utiliza proveedores fuera de la red. También debe indicarle qué tipos de servicios puede brindar un proveedor fuera de la red.

Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores de la red presten todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que tenga que recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red si un proveedor de la red no está disponible. Cuando esto sucede, el monto máximo que se le puede facturar por los servicios **cubiertos** es el monto de costo compartido dentro de la red (copagos, deducibles o coseguros). Estos proveedores no pueden facturarle el saldo.

Protecciones adicionales

- DHMP pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red. Una vez más, usted solo es responsable de pagar su costo compartido por los servicios cubiertos dentro de la red.
- DHMP considerará cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos anteriormente) como parte de su deducible dentro de la red y límite de desembolso directo.
- Su proveedor, hospital o centro debe reembolsarle cualquier monto adicional que usted pague dentro de los 60 días siguientes a su notificación de pago adicional.
- Un proveedor, hospital u otro tipo de centro no puede pedirle que limite o renuncie a estos derechos.

Si recibe servicios de un proveedor, hospital o centro fuera de la red en cualquier OTRA situación, es posible que se le facture el saldo o que sea responsable de la factura completa. Si usted recibe intencionalmente servicios que no son de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, también se le puede facturar el saldo.

Si usted recibe una factura por montos distintos a sus copagos, deducibles o coseguros, póngase en contacto con nosotros al número de su tarjeta de id., o con la División de Seguros (Division of Insurance) al 303-894-7490 o al 1-800-930-3745.

Información sobre la ambulancia: se le puede facturar el saldo por los servicios de ambulancia de emergencia que recibe si el proveedor de servicios de ambulancia es una agencia de bomberos financiada con fondos públicos, pero la ley estatal contra la facturación de saldos se aplica a las compañías privadas que no son agencias de bomberos financiadas con fondos públicos. Los servicios de ambulancia que no son de emergencia, como el transporte de ambulancia entre hospitales, no están sujetos a la ley estatal contra la facturación de saldos, por lo que si recibe dichos servicios y no son un servicio cubierto por DHMP, puede recibir una factura del saldo.

Su tarjeta de identificación de Elevate

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de Elevate. Antes de recibir servicios médicos o medicamentos con receta, debe mostrar su tarjeta de identificación de Elevate. Si no lo hace o si tergiversa el estado de su membresía, se le puede denegar el pago de reclamos. Si extravía su tarjeta de identificación y necesita una nueva, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

ELEVATE HEALTH PLANS BY DHMP
GOLD SELECT

Card Issued: CO-DOI
Member ID #:
Name:
Group #:

MedImpact
RxBIN: 003585
RxPCN: ASPROD1
RxGrp: DHM09
Rx ID #:

DELTA DENTAL

Denver Health Network
Preventive: $0
PCP/SCP/ER/UC/Hospital:
$15/25/150/75/Ded&Coins

Out of Network
ER/UC: $150/75

Delta Dental / PPO™ Only
Group #: W2978
1-800-610-0201
deltadentalco.com

In case of emergency call 911 or go to the nearest hospital emergency room.
ER/UC is covered anywhere in the U.S.
This card does not prove membership or guarantee coverage.
Prior Authorization is required for some services.
Cofinity Network is available for Behavioral Health services.
denverhealthmedicalplan.org

Health Plan Services:855-823-8872
TTY Users: 711
NurseLine: 303-739-1261

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

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN INC.
P.O. Box 24631
Seattle, WA 98124
EDI Payor ID # 84-135

Cofinity First Health
P.O. Box 21524
Eagan, MN 55121
EDI Payor ID # 65456

Abreviaturas de la tarjeta de id.	
PCP	Proveedor de atención
SCP	Especialista
ER	Sala de emergencias
UC	Atención de urgencia
Hospital	Estadía en el hospital

Boletín para miembros

Como miembro de Elevate, le enviaremos boletines durante todo el año. Cada boletín contiene información importante, como actualizaciones de los beneficios, próximos acontecimientos relacionados con la salud y consejos de salud.

Sus beneficios

Es importante que comprenda los beneficios y los costos compartidos que le corresponden. Cuando tenga una duda, comuníquese con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department) de Elevate al 303-602-2090. Esta es la mejor fuente de información sobre los beneficios de su plan.

Visitas al consultorio

Los servicios de atención primaria están cubiertos. Las remisiones a especialistas, a menos que se especifique algo distinto en este manual, deben ser realizadas por un proveedor de atención primaria. Las consultas telefónicas no están sujetas a costos compartidos. Para obtener información sobre los servicios de atención preventiva, consulte la sección "Atención preventiva" de este capítulo.

Visita de atención primaria:

Dentro de la red: $15 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Visita a un especialista:

Dentro de la red: $25 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Pruebas para detección de alergias y tratamiento

Las visitas de consulta a un alergista están cubiertas con una remisión por parte de su proveedor.

Pruebas de detección de alergias:

Dentro de la red: 100% de cobertura

Fuera de la red: sin cobertura

Tratamiento de alergias

Dentro de la red: 10% de coseguro por visita, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Las inyecciones contra las alergias, aplicadas por una enfermera cuando no se suministra ningún otro servicio, no están sujetas a los costos compartidos.

Servicios para autismo

El tratamiento de los trastornos del espectro autista será para tratamientos que sean médicamente necesarios, adecuados, eficaces o eficientes. Los tratamientos listados en este subpárrafo no se consideran experimentales ni en etapa de investigación y se consideran adecuados, eficaces o eficientes para el tratamiento del autismo. El tratamiento de los trastornos del espectro autista incluirá:

- Servicios de evaluación y valoración.
- Atención de habilitación o rehabilitación, que incluye, sin carácter limitativo, terapia ocupacional, física o del habla, o cualquier combinación de estas terapias. Consulte "los límites de beneficios para terapias de habilitación y rehabilitación" para costos compartidos.
- Entrenamiento conductual y manejo de la conducta, y análisis conductual aplicado, que incluyen, sin carácter limitativo, consultas, atención directa, supervisión o tratamiento, o cualquier combinación de estos, para los trastornos del espectro autista por proveedores de servicios relacionados con el autismo.

Dentro de la red: se aplicará el costo compartido correspondiente para el tipo de servicio.

Fuera de la red: sin cobertura

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica es un beneficio cubierto. El miembro debe cumplir los requisitos del plan para ser elegible para la cobertura.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Atención quiropráctica

La cobertura incluye la evaluación, los servicios de laboratorio y las radiografías necesarios para los servicios quiroprácticos y el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos. Máximo de 20 visitas por año del plan. La red Columbine Chiropractic debe brindar los servicios para que estén cubiertos. Consulte el capítulo 8 para ver las exclusiones.

Dentro de la red: 10% de coseguro por visita, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Estudios y ensayos clínicos

La atención de rutina durante un estudio o ensayo clínico está cubierta si:

- El miembro es parte de la red y su médico de atención primaria recomienda la participación y determina que dicha participación conlleva un posible beneficio terapéutico para el miembro.

- El estudio o ensayo clínico está aprobado según la decisión de cobertura nacional de Medicare del 19 de septiembre de 2000, con respecto a los ensayos clínicos y las respectivas enmiendas.
- La atención al paciente es brindada por un proveedor de atención médica certificado, registrado y con licencia que ejerce dentro del alcance de su práctica, y el establecimiento y el personal que brindan el tratamiento tienen la experiencia y capacitación para suministrar el tratamiento en forma competente.
- El miembro ha firmado una declaración de consentimiento para la participación en el estudio o ensayo clínico, y comprende que se aplicarán todos los costos compartidos, deducibles y coseguros correspondientes.
- Los servicios de atención médica excluidos de la cobertura según el plan de salud del miembro no serán cubiertos. Elevate no cubrirá ningún servicio, medicamento ni dispositivo que sea pagado por otra entidad relacionada con el estudio/ensayo clínico.
- El miembro sufre una afección que es discapacitante, progresiva o potencialmente mortal.
- No están cubiertos los gastos extras relacionados con la participación en el estudio o ensayo clínico, o un artículo o servicio que se brinde solo para satisfacer una necesidad de recolección o análisis de datos.
- Para obtener más información, consulte la sección "Definiciones".

Dentro de la red: se aplicará el costo compartido correspondiente para el tipo de servicio.
Fuera de la red: se aplicará el costo compartido correspondiente para el tipo de servicio.

COVID-19

Las pruebas y el tratamiento por posible COVID-19 están cubiertos sin autorización previa.

Atención dental

Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico están cubiertos para los adultos. Los servicios cubiertos incluyen exámenes orales y limpiezas dos veces por año. En el caso de las personas con antecedentes de tratamiento periodontal definitivo previo, o determinadas afecciones médicas, se realizarán dos limpiezas adicionales durante el año calendario. Las radiografías de mordida y las radiografías de boca completa se cubren una vez por año calendario, a menos que se provea la documentación de una necesidad especial. Los proveedores PPO de Delta Dental deben brindar los servicios para que estén cubiertos. Consulte el capítulo 8 para ver las exclusiones.

Adultos (19 años de edad y mayores)

Dentro de la red: 100% de cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Beneficio dental pediátrico:

Dentro de la red: sin cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Educación e insumos para diabetes

Si un profesional de atención médica con la licencia correspondiente le diagnosticó diabetes, usted es elegible para recibir capacitación y educación de autocontrol para pacientes ambulatorios, así como también cobertura de su equipo e insumos para la diabetes, que incluye glucómetros, tiras reactivas, insulina y jeringas incluidos en el *Formulario de medicamentos*. Estos insumos son suministrados por su farmacéutico con una receta de su médico. Algunas bombas de insulina y suministros están cubiertos a través del beneficio de equipo médico durable (durable medical equipment, DME) y pueden requerir autorización previa.

Dentro de la red: se aplicará el costo compartido correspondiente para el tipo de servicio.

Fuera de la red: sin cobertura

Asesoramiento sobre dietas y nutrición

La cobertura para asesoramiento sobre dietas se limita a las siguientes situaciones cubiertas:

- diabetes de inicio reciente;
- asesoramiento por parte de un dietista para bajar de peso.

Dentro de la red: se aplicará el costo compartido correspondiente para el tipo de servicio.
Fuera de la red: sin cobertura

Equipo médico durable, dispositivos protésicos y aparatos ortopédicos

General

El equipo médico durable (durable medical equipment, DME) está cubierto si es médicamente necesario y puede requerir autorización previa de Elevate. Incluye calzado e insumos para diabéticos. Algunos DME se pueden alquilar mientras que otros DME se compran. Los alquileres se autorizan por un período específico. Si usted todavía necesita el equipo alquilado cuando vence la autorización, deberá llamar a su proveedor personal y solicitar que se extienda la autorización. Todos los DME deben obtenerse de un proveedor de la red de Elevate.
Las adaptaciones, las reparaciones y los ajustes necesarios,

excepto los necesarios a causa de una mala utilización, están cubiertos. Este plan podrá reparar o reemplazar un dispositivo a elección. La reparación o el reemplazo de un equipo defectuoso están cubiertos sin cargo adicional.

- Los siguientes artículos están cubiertos si son médicamente necesarios y pueden requerir autorización previa de Elevate: limpiadores/purificadores de aire; inyector a chorro de aire (dispositivo de inyección sin agujas); elevador de bañera/inodoro; asientos de inodoro bidé; silla con orinal (reposapiés, mecanismo de elevación del asiento colocado sobre o en un inodoro); fajas de compresión (no utilizadas con un inflador); estimulación eléctrica/dispositivos electromagnéticos para el tratamiento de una herida o del cáncer; estimulador eléctrico del reflujo salival; alarma de enuresis; guantes no estériles; agarradera/barra de seguridad en bañeras/duchas/taburetes/inodoros; férula de tracción asistida por gravedad; dispositivo de Game Ready para terapia/equipo de frío/calor; accesorios de la cama de hospital: soporte de cama, mesa puente, tabla, dispositivo de apoyo; cama hospitalaria completamente eléctrica; levantamiento hidráulico para camioneta; terapia hiperbárica con oxígeno; insumos para la incontinencia; dispositivos de interferencia; sistema de almohadillas térmicas infrarrojas y almohadillas de reemplazo; sistema y accesorios de ventilación percusiva intrapulmonar; tabla de inversión; dispositivos para masajes; nebulizador portátil ultrasónico; ondas de radio pulsadas de alta frecuencia no térmicas/dispositivo de tratamiento de energía electromagnética de alta potencia; unidades de baño de parafina (estándar) no portátiles; sistema de restricción de vehículos para pasajeros; elevadores para pacientes (sistema para el baño o inodoro de pie, sistema de bipedestación, sistema móvil y fijo); asientos de posicionamiento para personas con necesidades ortopédicas especiales; asiento para el inodoro elevado; alcanzador de objetos; accesorio de elevación de escúter para rampa de vehículos (para modificaciones en el hogar); silla para ducha con o sin ruedas; calzadores de calcetines; sillas pediátricas (con asiento cómodo); sistema de alerta telefónica de salvamento; cajas de luz terapéutica; sistemas de estimulación eléctrica transcutánea de las articulaciones (BioniCare); banco de transferencia para bañeras o inodoros; dispositivos de compresión vasoneumática; mantas/chalecos con peso; postizos/pelucas; dispositivos y accesorios para calentamiento de heridas. Usted es responsable del costo total del equipo extraviado, robado o dañado (salvo por el desgaste normal).

Vendajes/férulas/yesos/fajas

Los vendajes, las férulas, los yesos y las fajas que le coloca un proveedor están cubiertos y no se requiere un costo compartido. Sin límite máximo de beneficio.

Limitaciones: la cobertura se limita al artículo de DME, dispositivo protésico o dispositivo ortopédico estándar que satisfaga de manera adecuada las necesidades médicas del miembro.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Dispositivos protésicos

Los dispositivos protésicos son dispositivos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan para reemplazar todo o parte de un órgano o una extremidad. Los dispositivos protésicos pueden requerir autorización previa.

Cobertura

La cobertura incluye los siguientes dispositivos protésicos:

- Dispositivos implantados internamente para objetivos funcionales, tales como marcapasos y articulaciones de caderas.
- Dispositivos protésicos para miembros que se han sometido a una mastectomía. Las prótesis internas y externas están cubiertas. Las prótesis internas se deben obtener dentro de la red. Elevate designará la fuente de la que se pueden obtener las prótesis externas. El reemplazo se realizará cuando una prótesis ya no sea funcional. Las prótesis realizadas a medida se proporcionarán cuando sea necesario.
- Dispositivos protésicos, tales como obturadores y aparatos para el habla y la alimentación, que se requieren para el tratamiento de labio leporino y paladar hendido en los miembros recién nacidos, cuando son indicados por un proveedor de la red y se obtienen de fuentes designadas por Elevate.
- Los dispositivos protésicos que intentan reemplazar todo o una parte de un brazo o una pierna, cuando un médico del plan indica que son médicamente necesarios y se proporcionan según lo establecido en esta EOC (incluidas las reparaciones y sustituciones).
- Prótesis oculares.

Sin límite máximo de beneficio. Consulte la sección “Limitaciones y exclusiones” para ver qué no está cubierto.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Cobertura de dispositivos ortopédicos

- Los dispositivos ortopédicos son aquellos dispositivos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan como apoyo o para corregir una formación o función defectuosa de una parte del cuerpo que no funciona o funciona mal, o para restringir el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada.
- No sujeto a deducible. Consulte el capítulo 8 para ver las exclusiones.
- Los dispositivos ortopédicos pueden requerir autorización previa.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de intervención temprana

Los servicios de intervención temprana están cubiertos para un dependiente elegible desde el nacimiento hasta los tres años cuando dicho dependiente tenga retrasos del desarrollo o altas probabilidades de tenerlos, según lo define la ley estatal y federal, y participe en la Parte C de la Ley Federal de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act), título 20 del Código de los Estados Unidos, artículo 1400 y subsiguientes.

Los servicios de intervención temprana son servicios que están autorizados a través del plan de servicio familiar individualizado del dependiente elegible, e incluyen terapia física, ocupacional y del habla, y la gestión de casos. Se debe presentar una copia del plan de servicio familiar individualizado al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios. Todos los servicios deben ser brindados por un proveedor de servicios de intervención temprana calificado que sea parte de la red de Elevate, a menos que el Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios apruebe lo contrario.

No se aplican costos compartidos a los servicios de intervención temprana.

Límite máximo de beneficio: 45 visitas terapéuticas para todos los servicios de intervención temprana por año calendario

Limitaciones: no están cubiertos el transporte médico que no es de emergencia, la atención de relevo y el servicio de coordinación de servicios según los define la ley federal. La tecnología de asistencia está cubierta solo si es un beneficio de equipo médico durable cubierto. Consulte “Equipo médico durable”.

Servicios de emergencia

Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido un dolor intenso, que una persona inexperta prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría:

- Poner en grave riesgo la salud de la persona o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé.
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales.
- Provocar disfunción grave en cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.
- Los servicios para el tratamiento de una emergencia están cubiertos.

Vea la definición de “Emergencia” en la sección "Definiciones".

Dentro de la red: $150 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: $150 de copago por visita, no se aplica el deducible.

La atención que no es de emergencia, brindada por el departamento de emergencia, no está cubierta, a menos que Elevate, NurseLine (Línea de Enfermería) o su proveedor personal lo remitan al departamento de emergencia para recibir atención.

La atención de seguimiento después de la visita a un departamento de emergencia debe recibirse de un proveedor de la red de Elevate, a menos que usted esté de viaje fuera del área de cobertura y no pueda viajar al área de servicio en forma razonable. En este caso, está cubierta una visita de seguimiento fuera de la red.

Servicio de ambulancia

El servicio de ambulancia médicamente necesario, por tierra o por aire, relacionado con el tratamiento de una emergencia está cubierto. El transporte que no es de emergencia está cubierto con una remisión de su proveedor y una autorización del plan.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Servicios de atención de urgencia

La atención de urgencia es el tratamiento médico inmediato para pacientes ambulatorios en caso de una enfermedad o lesión aguda. Los servicios de atención de urgencia están cubiertos en cualquier centro de atención de urgencia con el mismo costo compartido dentro y fuera de la red. Los

miembros también pueden llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) al 303-739-1261 para recibir asistencia.

Dispatch Health brinda servicios de atención de urgencia en la privacidad de su hogar. Se encuentra disponible los 7 días de la semana, los 365 días del año, incluidos los días festivos. El horario de atención es de 8 a.m. a 10 p.m. para el área metropolitana de Denver. Para solicitar atención, visite el sitio web www.dispatchhealth.com o llame al 303-500-1518.

Dentro de la red: $75 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: $75 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Exámenes oculares y oftalmología

Los exámenes oculares de rutina para diagnóstico están cubiertos si los realiza un proveedor de la red Advantage de VSP o un proveedor de la red de Elevate para niños. Se permite la autorremisión. Otros servicios oftalmológicos están cubiertos según la remisión de su proveedor de atención primaria.

Adultos de 19 años de edad y mayores, examen ocular:

Dentro de la red: $0 de copago por visita, no se aplica el deducible. Límite de 1 examen ocular de rutina cada 12 meses.

Fuera de la red: sin cobertura

Adultos de 19 años de edad y mayores, accesorios para la visión:

Dentro de la red: $25 de copago, no se aplica el deducible. Un par de anteojos, incluye los armazones y los lentes, o lentes de contacto cada 24 meses

Fuera de la red: sin cobertura

Beneficio de oftalmología pediátrica:

Dentro de la red: 100% de cobertura para niños menores de 18 de edad. Un par de anteojos cada 24 meses, incluye los armazones y los lentes, o lentes de contacto con costo compartido de $0. Límite de 1 examen ocular de rutina cada 12 meses.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicio de planificación familiar

No es necesario contar con la autorización previa de Elevate ni de ninguna otra persona (incluso un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a los servicios de un especialista en obstetricia o ginecología dentro la red.

Se cubre lo siguiente si se obtiene de un proveedor de la red:

- Asesoramiento sobre planificación familiar.
- Información sobre control de la natalidad.
- Diafragmas (y adaptación).
- Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos.
- Anticonceptivos (orales) que estén en el *Formulario de medicamentos* (ver Medicina/Farmacia). Hasta la fecha, la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) aprobó 18 métodos anticonceptivos distintos. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos por esta póliza, sin costo compartido, según lo exigen la ley estatal y federal.

Las ligaduras de trompas y las vasectomías están cubiertas. Debe recibir una remisión de un proveedor de la red si su proveedor de atención primaria no brinda el servicio.

Dentro de la red: 100% de cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Existen algunas limitaciones, consulte la sección "Limitaciones y exclusiones".

Disforia de género y trastorno de identidad de género

Los tratamientos y procedimientos médicamente necesarios relacionados con la disforia de género o el trastorno de identidad de género están cubiertos. Se requiere autorización previa basada en la necesidad médica. Para obtener información más detallada acerca de los procesos, procedimientos cubiertos, etc. comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Consulte la sección "Limitaciones y exclusiones" para ver qué no está cubierto.

Exámenes de audición y audífonos

Los exámenes de audición y los audífonos médicamente necesarios recetados por un proveedor de la red están cubiertos cada 5 años para menores de 18 años de edad. Los exámenes de audición y las adaptaciones de audífonos están cubiertos en las visitas clínicas y se aplica el costo compartido correspondiente. Se requiere autorización previa.

Adultos (19 años de edad y mayores):
Dentro de la red: sin cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Niños (menores de 18 años de edad):
Dentro de la red: 100% de cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Atención médica a domicilio

La atención médica a domicilio brindada por un proveedor de atención médica a domicilio de la red de Elevate está

cubierta. La cobertura requiere evaluación periódica de su proveedor de atención primaria.

La atención médica a domicilio debe ser indicada por un médico y puede requerir autorización previa.

Recién nacido y posparto

Las madres y recién nacidos que, según lo soliciten y con la aprobación del médico, reciban el alta hospitalaria antes de las 48 horas después de un parto vaginal o antes de las 96 horas después de una cesárea, tienen derecho a una visita domiciliaria de una enfermera diplomada. Las visitas adicionales por necesidad médica podrán ser autorizadas por Elevate.

Terapia física, ocupacional y del habla

La terapia física, ocupacional y del habla, así como también los servicios de audiología, a domicilio, están cubiertos cuando son recetados por su proveedor personal o especialista, y pueden requerir autorización previa. Se puede requerir evaluación periódica y autorización continua para prolongar la terapia más allá del tiempo especificado en la remisión inicial.

Por lo general, la terapia física, ocupacional y del habla, y los servicios de audiología a domicilio serán autorizados solo hasta que se alcance la mejoría médica máxima o hasta que el paciente pueda participar en rehabilitación ambulatoria. Sin embargo, se cubren los servicios de intervención temprana para niños de hasta tres años de edad con retrasos del desarrollo, como también la terapia física, ocupacional y del habla médicamente necesarias para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento para niños de hasta seis años, incluso si el objetivo de la terapia es mantener la capacidad funcional. Consulte “Servicios de intervención temprana” para obtener información más detallada sobre las terapias autorizadas.

Servicios de enfermería especializada

Los servicios de atención de enfermería especializada intermitente y de tiempo parcial están cubiertos a domicilio cuando el tratamiento solo puede ser administrado por una enfermera diplomada (Registered Nurse, RN) o por una enfermera práctica habilitada (Licensed Practical Nurse, LPN).

Los servicios de auxiliar de enfermería certificado, bajo la supervisión de una enfermera diplomada o LPN también están cubiertos. Estos servicios son para la continuación inmediata y temporal del tratamiento de una lesión o enfermedad. Incluye terapia de infusión domiciliaria. Los servicios de enfermería domiciliaria se brindan solo cuando están recetados por su proveedor de atención primaria o especialista, y pueden requerir la autorización previa de Elevate (solo por el tiempo especificado).

Se requiere evaluación periódica y autorización continua para extender el beneficio. No se pagarán los beneficios de cuidado de custodia o cuando se logre la mejoría máxima, y no se pueda anticipar ninguna otra mejoría detectable sustancial.

Otros servicios

La terapia respiratoria y de inhalación, el asesoramiento nutricional por un nutricionista o dietista, y los servicios de trabajo social médico también son servicios médicos a domicilio cubiertos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.
Fuera de la red: sin cobertura
Límite máximo de beneficio: 28 horas por semana

Cuidados paliativos

Los servicios de hospitalización o cuidados paliativos domiciliarios para los miembros que tengan una enfermedad terminal están cubiertos cuando son brindados por un programa de cuidados paliativos aprobado. Cada período de beneficios del centro de cuidados paliativos tiene una duración de tres meses. Los servicios del centro de cuidados paliativos pueden requerir autorización previa de Elevate antes de recibir la atención.

Los beneficios del centro de cuidados paliativos están permitidos solo para personas con enfermedades terminales que tengan una expectativa de vida de seis meses o menos. Cualquier miembro que reúna los requisitos para obtener los cuidados paliativos recibe dos períodos de beneficio de tres meses de cuidados paliativos. En caso de que el miembro viva más allá de su expectativa de vida pronosticada y agote sus dos períodos de beneficio de cuidados paliativos por tres meses, los beneficios de cuidados paliativos continuarán con la misma frecuencia por un período de beneficios adicional. Después de la finalización de los tres períodos de beneficio, el Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios trabajará con el médico de atención primaria y con el director médico del centro de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. Los servicios y gastos incurridos en relación con una enfermedad o lesión no relacionada se procesan según las disposiciones de este manual que son aplicables a dicha lesión o enfermedad y no según esta sección.

Se ofrece atención paliativa para nuestros miembros. Como la red es limitada, se solicita que llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para solicitar más información.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.
Fuera de la red: sin cobertura

Cuidados paliativos a domicilio

Los siguientes servicios del centro de cuidados paliativos están disponibles en un programa de cuidados paliativos domiciliarios. Contacte a su proveedor del centro de cuidados paliativos para obtener más detalles:

- Visitas médicas de médicos del centro de cuidados paliativos.
- Servicios de enfermería especializada intermitentes de una enfermera diplomada o LPN, y servicios de enfermería de guardia las 24 horas.
- Insumos médicos.
- Alquiler o compra de equipo médico durable, medicamentos y productos biológicos para el miembro que padece una enfermedad terminal, que necesita prótesis y aparatos ortopédicos.
- Pruebas de diagnóstico.
- Oxígeno e insumos respiratorios.
- Transporte.
- Atención de relevo durante un período que no excederá los 5 días consecutivos por cada 60 días de cuidados paliativos. No más de dos estadías de atención de relevo están disponibles durante un período de beneficio del centro de cuidados paliativos (la atención de relevo brinda un pequeño descanso de la atención total dado por la familia).
- Asesoramiento pastoral, servicios de un terapeuta con licencia para terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla.
- Servicios de apoyo en caso de duelo para la familia del miembro fallecido durante un período de doce meses después del fallecimiento.
- Servicios sociales médicos intermitentes brindados por una persona calificada con un título en trabajo social, psicología o asesoramiento, y servicios de guardia las 24 horas. Dichos servicios podrán brindarse con el objetivo de asistir a los familiares para afrontar una afección médica específica.
- Servicios de un auxiliar de enfermería certificado o personal doméstico bajo la supervisión de una enfermera diplomada y en conjunto con atención de enfermería especializada, y servicios de enfermería delegados a otros asistentes y voluntarios capacitados.
- Asesoramiento nutricional por un nutricionista o dietista, y orientación y apoyo nutricional, como alimentación intravenosa e hiperalimentación.

Establecimiento de cuidados paliativos

El centro de cuidados paliativos es brindado a un paciente hospitalizado en un establecimiento de cuidados paliativos con licencia para el control del dolor o cuando el control de los síntomas agudos no puede lograrse en el hogar, y pueden requerir autorización previa de Elevate. Esto incluye atención por parte del personal del centro de cuidados paliativos, equipos e insumos médicos, medicamentos con receta y productos biológicos, y asesoramiento para la familia, que se ofrece generalmente en los centros de cuidados paliativos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de hospitalización

Toda internación en un hospital, que no sea una internación de emergencia, debe realizarse en un hospital dentro de la red de Elevate y debe contar con la autorización previa de Elevate. La hospitalización de emergencia debe ser informada a Elevate al 303-602-2140 tan pronto como fuese posible y razonable, preferentemente dentro de un día hábil.

- Los servicios de hospital, entre los que están incluidos cirugía, anestesia, laboratorio, patología, radiología y radioterapia están cubiertos. Los servicios de rehabilitación, entre los que están incluidos terapia respiratoria, terapia física, ocupacional y del habla están cubiertos durante no menos de dos meses al año. Oxígeno y otros gases, medicamentos, medicaciones y productos biológicos (incluso sangre y plasma), según se indiquen, también están cubiertos. Consulte la sección “Limitaciones y exclusiones” para ver los servicios no cubiertos.
- La atención de enfermería para pacientes hospitalizados en general está cubierta. Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Los cuidadores están cubiertos solo cuando son médicamente necesarios y pueden requerir autorización previa.
- Las adaptaciones necesarias para administrar servicios cubiertos médicamente necesarios están cubiertas, e incluyen cama (una habitación semiprivada, privada cuando esté disponible, una habitación privada cuando sea médicamente necesario), comidas y servicios de un dietista, uso de quirófanos y salas de tratamiento especializado, y uso de establecimientos de cuidados intensivos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura (las internaciones de emergencia están cubiertas).

Limitaciones: si solicita una habitación privada,

Elevate pagará solo lo que pagaría por una habitación semiprivada. Usted será responsable de pagar la diferencia del valor. Si su afección médica requiere que esté aislado para protegerlo o proteger a otros pacientes de una exposición a bacterias peligrosas, o si tiene una enfermedad o afección que requieren aislamiento según la legislación de salud pública, Elevate pagará por la habitación privada.

Vacunas

- No hay costos compartidos por vacunas cubiertas. Las vacunas contra la hepatitis A y B, y las vacunas meningocócicas están cubiertas sin costo. Algunas vacunas para viajes internacionales solo estarán cubiertas si se proporcionan en el Departamento de Salud Pública en Denver Health. Los medicamentos profilácticos para viajes incluidos en el *Formulario de medicamentos* están cubiertos si se los prescribe su proveedor personal. Algunas vacunas pueden administrarse en el consultorio de su proveedor personal. Por lo tanto, antes de visitar el Departamento de Salud Pública en Denver Health, comuníquese con su proveedor personal con respecto a las vacunas y los medicamentos profilácticos.
- La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) está cubierta para miembros elegibles según las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) cuando lo indique su proveedor.
- Las visitas a las clínicas para la aplicación de las inmunizaciones no necesitan un costo compartido. Sin embargo, si la visita implica una combinación de la inyección y una visita a una enfermera, un proveedor personal o un especialista, se aplicarán los costos compartidos requeridos.
- Todas las vacunas de viaje recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) no están cubiertas solo cuando viaje fuera de los EE. UU.

Infertilidad

- Los siguientes servicios están cubiertos, incluidas las radiografías y los procedimientos de laboratorio: servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad involuntaria y la inseminación artificial, excepto para donantes de esperma, donantes de óvulos y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento. Consulte la sección “Limitaciones y exclusiones” para obtener más información.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de infusión

Todos los servicios de infusión médicamente necesarios, incluso la quimioterapia, están cubiertos dentro de la red.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Administración de inyecciones

El costo compartido por inyecciones se aplica a las inyecciones complejas que deben ser administradas por un médico. Una inyección para la alergia, otra vacuna o toda inyección aplicada por una enfermera no requerirá un costo compartido. Sin embargo, si la visita implica una combinación de la inyección y una visita a un proveedor personal o un especialista, se aplicarán los costos compartidos requeridos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de laboratorio y patología (paciente ambulatorio)

Todos los servicios de análisis de laboratorio y patología médicamente necesarios solicitados por su proveedor de atención primaria o especialista, o que resulten de la atención de emergencia o urgencia están cubiertos.

Ciertas pruebas genéticas, como las pruebas para determinar el riesgo de desarrollar cáncer, están cubiertas y pueden requerir autorización previa.

Los diagnósticos y las pruebas de detección de enfermedades prenatales que se realizan mediante muestreo de vellosidades coriónicas (chorionic villus sampling, MVC), amniocentesis o ultrasonidos para identificar afecciones o enfermedades/trastornos específicos que constituyan un riesgo para el niño o el embarazo están cubiertos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Atención de maternidad

Atención prenatal

Las visitas al consultorio, los servicios médicos, los servicios de laboratorio y radiología necesarios para el embarazo, cuando dicha atención es brindada por un proveedor de la red, están cubiertos, aunque se puede aplicar un costo

compartido. Usted puede recibir servicios obstétricos de su proveedor de atención primaria o de cualquier obstetra de la red. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para consultar con un obstetra o ginecólogo, médico, enfermera obstetra certificada o enfermera profesional de la red.

Las visitas prenatales se tratan como visitas femeninas de rutina con fines preventivos y están cubiertas al 100%.

Los costos compartidos se aplicarán a servicios tales como ultrasonidos y análisis de sangre, etc. que no son considerados preventivos por las listas A y B del Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force) y tampoco por las Pautas de Servicios Preventivos para la Mujer de la HRSA (HRSA Women's Preventive Services Guidelines).
Se recomienda a las mujeres embarazadas limitar los viajes fuera del área metropolitana de Denver durante el último mes de embarazo. Si se aplica una designación de "alto riesgo", las madres deben limitar los viajes que no son de emergencia dentro de los dos meses de la fecha esperada de parto.

Dentro de la red: 100% de cobertura
Fuera de la red: sin cobertura

Parto (vaginal o cesárea)

Todos los gastos de hospital, médicos, de laboratorio y otros relacionados con un parto vaginal o una cesárea médicamente necesaria están cubiertos en establecimientos acreditados de la red. Todas las enfermedades que sean una complicación del embarazo o del parto estarán cubiertas de la misma manera y con las mismas limitaciones que cualquier otra enfermedad.

La madre y el niño deben tener una estadía en el hospital mínima de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea, a menos que la madre y el médico a cargo de la atención acuerden que sea más breve. Si las 48 horas o 96 horas siguientes al parto son posteriores a las 8 p.m., la estadía en el hospital continuará y estará cubierta al menos hasta las 8 a.m. de la mañana siguiente.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.
Fuera de la red: sin cobertura (las internaciones de emergencia están cubiertas).

Posparto: hay equipos* y apoyo disponibles para la lactancia materna, sin costo alguno para los miembros. Llame al 303-602-2090 para obtener más información.

* La cobertura se limita al equipo estándar proporcionado por Elevate.

Alimentos médicos

Los alimentos médicos están cubiertos para las fórmulas metabólicas para tratar desórdenes enzimáticos causados por defectos de un solo gen implicados en el metabolismo de aminos, ácidos grasos y orgánicos, que pueden incluir, sin carácter limitativo, las siguientes afecciones diagnosticadas: fenilcetonuria (fenilcetonuria materna), enfermedad de la orina de jarabe de arce, tirosinemia, homocistinuria, histidinemia, trastornos del ciclo de la urea, hiperlisinemia, acidemias glutáricas, acidemia metilmalónica y acidemia propiónica. La atención y el tratamiento cubiertos de dichas afecciones pueden incluir, hasta cierto punto médicamente necesario, alimentos médicos para el consumo doméstico para los cuales un médico que es proveedor participante emite una receta médica escrita, oral o electrónica. La nutrición enteral (por sonda) o parenteral (por infusión intravenosa) está cubierta si el miembro no tiene función o si tiene una enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que la comida ingrese en el intestino delgado, o tiene una limitación del intestino delgado que afecta la digestión y la absorción de una dieta oral.

Exclusiones:

Fórmulas infantiles estandarizadas o especializadas para afecciones que no sean errores congénitos del metabolismo o enfermedades metabólicas heredadas, que incluyen, sin carácter limitativo, alergias a alimentos, intolerancia a proteínas múltiples, intolerancia a la lactosa, fórmula sin gluten para enteropatías/enfermedades celíacas sensibles al gluten, alergias a la leche, sensibilidades a la proteína intacta, mala digestión de proteínas o grasas, intolerancias a fórmulas con soja o hidrolizados de proteína, nacimiento prematuro o bajo peso al nacer.

- espesantes de alimentos;
- suplementos dietéticos y alimenticios;
- productos sin lactosa; productos para ayudar en la digestión de la lactosa;
- productos alimenticios sin gluten, alimentos y fórmula para la pérdida de peso, alimentos frescos normales;
- dietas bajas en carbohidratos, alimentos para bebés;
- alimentos frescos que pueden licuarse y usarse con sistemas de alimentación enteral;
- pudines con suplementos nutricionales; polvos y mezclas de alto contenido proteico;
- vitaminas y minerales orales no incluidos dentro del *Formulario de medicamentos*.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental/psiquiátricos para pacientes hospitalizados

La atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados está cubierta en un establecimiento de la red.

Se requiere autorización para las internaciones que no son de emergencia. Se debe realizar una notificación al plan tan pronto como sea posible y razonable, preferentemente en el plazo de un día hábil a partir de la internación de emergencia.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Hospitalización parcial/tratamiento de día

La "hospitalización parcial" se define como tratamiento continuo en un establecimiento de la red por al menos 3 horas por día, pero sin superar las 12 horas por día.

La terapia de residencia virtual es un beneficio cubierto cuando es médicamente necesaria y otras terapias e intervenciones no han sido exitosas.

Para obtener más información, consulte la sección "Definiciones".

La terapia de residencia virtual se considera atención ambulatoria y se aplica el costo compartido de paciente ambulatorio para cada día de servicio. Se puede requerir autorización previa.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de salud mental/psiquiátricos para pacientes ambulatorios

Las sesiones de psicoterapia individual y grupal están cubiertas. Puede obtener servicios de salud mental de cualquier profesional de salud mental de la red de Elevate sin una remisión de su proveedor personal. Los proveedores de Cofinity solo brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red.

Dentro de la red: $15 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

No hay costo compartido por las consultas telefónicas con su proveedor de salud mental.

Asesoramiento matrimonial, asesoramiento para manejar el estrés y terapia de familia

El asesoramiento matrimonial y de pareja, la terapia de familia y el asesoramiento para afecciones relacionadas con el estrés están cubiertas. Puede obtener estos servicios de cualquier profesional de salud mental de la red de Elevate sin una remisión de su proveedor personal. Los proveedores de Cofinity solo brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red.

Dentro de la red: $15 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Trastornos de salud mental con base biológica, salud conductual y uso de sustancias

Elevate brindará cobertura para el tratamiento de trastornos de salud mental con base biológica, salud conductual y uso de sustancias, que no son menos importantes que cualquier otra enfermedad física. Los proveedores de Cofinity solo brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red.

Paciente hospitalizado:

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Paciente ambulatorio:

Dentro de la red: $15 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Nota: Los servicios de salud mental solicitados por un tribunal están cubiertos. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes.

Atención del recién nacido

Todos los gastos hospitalarios, médicos, de laboratorio y otros dentro de la red, relacionados con su recién nacido están cubiertos, incluso los exámenes de rutina para niños en el hospital. Durante los primeros 31 días de vida del recién nacido, los beneficios consisten en la cobertura por cualquier lesión o enfermedad tratada por un proveedor de la red, incluso toda la atención y el tratamiento médicamente necesarios para los defectos congénitos y las anomalías de nacimiento médicamente diagnosticados, independientemente de cualquier limitación o exclusión que normalmente se aplicaría conforme al plan. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes. Debe inscribir a su recién nacido durante los primeros 31 días de vida para que la

cobertura continúe después de los primeros 31 días. El plan cubre toda la atención y el tratamiento médicamente necesario para los miembros con labio leporino, paladar hendido o ambos, incluso cirugía bucal y facial, gestión quirúrgica y atención de seguimiento por cirujanos plásticos y orales; tratamiento protésico, como obturadores, terapia del habla habilitante, aparatos para el habla, aparatos para la alimentación, tratamiento de ortodoncia y prostodoncia médicamente necesarios, tratamiento de otorrinolaringología y evaluaciones y tratamientos audiológicos. La atención, según esta disposición, para labio leporino o paladar hendido, o ambos continuará mientras el miembro sea elegible. Toda la atención se debe obtener de proveedores de la red de Elevate y puede requerir autorización previa.

Estadía en el hospital para observación

La “estadía para observación” se define como una estadía en el hospital de típicamente 23 horas o menos que está designada como atención ambulatoria.

Si usted es internado para observación después de recibir servicios en el departamento de emergencia, no tendrá que pagar el costo compartido del departamento de emergencia, pero será responsable del costo compartido de la estadía para observación.

Dentro de la red: 10% de coseguro por visita, se aplica el deducible.

Fuera de la red: 10% de coseguro por visita, se aplica el deducible.

Insumos de ostomía

Los insumos para colostomía, ileostomía y urostomía están cubiertos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Oxígeno/equipo de oxígeno

El equipo para la administración de oxígeno está cubierto. Se aplican los costos compartidos correspondientes.

No existe el límite máximo de beneficio. Se puede requerir autorización previa.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Beneficios de farmacia

Elevate ofrece un beneficio de farmacia que cubre los medicamentos médicamente necesarios según sea requerido por los requisitos y las pautas analizadas a continuación. Según el lugar en el que haga surtir su receta, los costos compartidos y las restricciones pueden variar. La información sobre los costos compartidos de medicamentos con receta de su plan figura en la tabla de beneficios de farmacia.

Elevate utiliza la lógica de "menor" cantidad para calcular el costo compartido. Esto significa que su plan no le cobrará más que el costo compartido, y si la farmacia presenta un costo menor que su copago, se le devolverá ese ahorro.

Por ejemplo, si su copago es de $8 y la farmacia presenta un costo de $10, usted pagará $8. Sin embargo, si su copago es de $8 y la farmacia presenta un costo de $6, usted solo tendrá que pagar $6.

Los miembros de Elevate no serán responsables de pagar más de $100 por un suministro para 30 días de insulina.

Dónde puede obtener medicamentos con receta

- Elevate ofrece miles de farmacias en todo el país para que usted obtenga sus medicamentos con receta. Estas farmacias incluyen cualquier farmacia de Denver Health, King Soopers, Safeway, Target, Walgreens, entre otras. Un localizador de farmacias se encuentra disponible en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-pharmacy para ayudarlo a encontrar una farmacia dentro de la red, o puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.
- Los miembros de Elevate pueden acceder a las farmacias de Denver Health convenientemente ubicadas en muchas de las clínicas de Denver Health. Si bien usted tiene la opción de obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red, al obtenerlos en las farmacias de Denver Health recibirá el costo compartido más bajo y le permitirá a su proveedor de Denver Health ver la información sobre los medicamentos que adquiere. Esto ayuda a su proveedor a brindarle una atención más completa en cada visita.

Recuerde que para surtir una receta en una farmacia de Denver Health, la receta debe estar escrita por un proveedor de Denver Health.

Farmacias de Denver Health

Línea Central de Farmacia (Central Pharmacy Call Line) y Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health

303-389-1390

Denver Health Retail por correo
(Requiere el registro de la tarjeta de crédito/formulario de registro o pedido) De lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.
303-602-2326

Primary Care Pharmacy
301 West 6th Avenue

Gipson Eastside Pharmacy
501 28th Street

Public Health Pharmacy
605 Bannock Street

La Casa/Quigg Pharmacy
4545 Navajo Street

Lowry Pharmacy
1001 Yosemite Street

Montbello Pharmacy
12600 Albrook Drive

Sandos Westside Pharmacy
1100 Federal Blvd.

South West Pharmacy
1339 S. Federal Blvd.

Renovación de recetas

- Para renovar las recetas, es mejor llamar de 3 a 5 días hábiles antes de que necesite la renovación. Las recetas no controladas son elegibles para la renovación una vez que se ha utilizado el 75%. Algunos ejemplos de recetas no controladas son los medicamentos utilizados para la presión arterial, el colesterol alto y la diabetes. Las recetas controladas son elegibles para la renovación una vez que se ha utilizado el 85%. Algunos ejemplos de recetas controladas son opioides, estimulantes como Adderall o Ritalin o benzodiacepinas como el diazepam y el lorazepam. Esto se calcula usando las instrucciones de la receta original. Si las instrucciones cambiaron, contacte a su farmacia o proveedor para obtener una receta actualizada.
- Si las instrucciones de su receta cambiaron o si necesita una renovación anticipada, informe a la farmacia con anticipación. La farmacia necesitará tiempo adicional para hablar con su proveedor a fin de obtener una receta o una autorización para surtir su receta en forma anticipada.
- Las gotas oculares se pueden renovar después de que haya transcurrido el 70% del suministro diario por los cuales se surtió su receta. Por ejemplo, puede ordenar una receta para 30 días luego de 21 días, un suministro para 60 días luego de 42 días y una receta para 90 días luego de 63 días. Su proveedor puede emitir una receta para un frasco adicional para utilizar en una guardería para niños, centro de cuidado para adultos o escuela, o puede solicitarlo usted. Esto se limita a un frasco adicional cada 90 días según lo prescriba su proveedor, y debe estar detallado en la receta que el frasco adicional se necesita para una guardería, escuela o un programa de cuidado para adultos.
- En el caso de los medicamento con receta (control de la natalidad), la primera cantidad de surtido del medicamento con receta puede ser de hasta un máximo de un suministro de tres meses. La segunda cantidad de surtido de un medicamento con receta puede ser un suministro de hasta 12 meses o hasta el final del año del plan (el que sea más corto).
- Para renovar sus medicamentos con receta en las farmacias de Denver Health, llame a la Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health (que también es el número que figura en el frasco de sus medicamentos con receta) o también puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente.

Farmacia con envíos por correo: Denver Health Pharmacy by Mail

- Ahorre tiempo y regístrese para que le envíen por correo ciertos medicamentos con receta a su hogar. Pídale a su proveedor que emita la receta e indique el suministro para 90 días a fin de que puedan enviarle sus medicamentos con receta por correo. Para inscribirse se requiere un formulario de registro o pedido, y debe mantener una tarjeta de crédito registrada para pagar su medicación.
- Puede imprimir un formulario de registro o pedido en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-pharmacy. Puede retirar un formulario de registro o pedido en cualquier farmacia de Denver Health o llamando a Denver Health Pharmacy by Mail al 303-602-2326.
- La medicación se envía por el servicio de correo de los EE. UU. dentro del estado de Colorado. La medicación que necesita refrigeración puede enviarse por correo. Las sustancias controladas no pueden obtenerse a través de Denver Health Pharmacy by Mail.

Venta minorista de suministro para 90 días

- Su beneficio de farmacia le permite recibir un suministro para 90 días de medicaciones en cualquier farmacia minorista participante Choice 90. Para averiguar si su medicamento o farmacia son elegibles para este beneficio, visite https://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-pharmacy y haga clic en el enlace "Formulary Search" (Búsqueda en *Formulario de medicamentos*) para su plan, o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Los suministros para 60 días también se encuentran disponibles en la mayoría de estas farmacias.

Su *Formulario de medicamentos*

- El *Formulario de medicamentos* de Elevate es una *Lista de medicamentos* cubiertos que muestra los costos de los medicamentos de cada nivel y los requisitos de autorización previa para cada medicación. Elevate seleccionó niveles y determinó los criterios para autorización previa según la eficacia y la economicidad. Hay distintos costos compartidos para cada nivel. El *Formulario de medicamentos* ayuda a los proveedores a elegir el medicamento más adecuado y económico para usted.
    - Su *Formulario de medicamentos* cubre muchos medicamentos, incluso medicamentos orales contra el cáncer.
    - El uso fuera de lo indicado en la etiqueta de los medicamentos contra el cáncer está cubierto cuando se considere adecuado.
- La cobertura de algunos medicamentos se basa en la necesidad médica. Para estos medicamentos, usted necesitará una autorización previa del plan. Estos medicamentos están indicados en el *Formulario de medicamentos* como "PA" (autorización previa). Es necesario brindar información clínica que indique el motivo por el que se necesita el medicamento PA, en la solicitud de autorización previa. Elevate revisará la solicitud de autorización previa según los criterios del plan para necesidad médica y determinará si se cubrirá el medicamento.
- Si su medicamento no está en el *Formulario de medicamentos*, es posible que exista uno cubierto que también funcione en su caso. Si su proveedor no desea cambiar el medicamento por una alternativa incluida en el *Formulario de medicamentos*, usted necesitará la autorización previa del plan.
- Puede consultar el *Formulario de medicamentos*, las restricciones y los procedimientos de gestión farmacéutica actuales en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-pharmacy o llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para solicitar una copia impresa.
- Los medicamentos paliativos en el *Formulario de medicamentos* son un beneficio cubierto, en cantidades que están dentro de los límites de dicho formulario, prescritos para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal. Usted debe obtener estos medicamentos en una farmacia de Denver Health. Algunos medicamentos están limitados a un máximo de un suministro para 30 días.

Derecho a solicitar una excepción (también conocida como autorización previa)

- El proceso de autorización previa está disponible para que usted y su proveedor soliciten al plan que cubra su medicamento si no está en el *Formulario de medicamentos* o si desea que el plan cubra una cantidad mayor que la permitida en el *Formulario de medicamentos* del plan. Para iniciar las autorizaciones previas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.
- Si su solicitud requiere acción inmediata y una demora podría aumentar el riesgo para su salud o la capacidad de recuperar su función máxima de forma sustancial, llámenos a la brevedad. Proporcionaremos una resolución urgente dentro de las 24 horas.
- Si la decisión tomada por el plan no le satisface, usted tiene el derecho de solicitar una apelación o una revisión externa. Usted o su representante pueden solicitar una revisión externa mediante el envío de una solicitud por escrito al domicilio que figura en la carta de resolución que explica la decisión del plan, o llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.
- Si nuestra resolución respecto de su solicitud de excepción no le satisface y se trata de una situación urgente, usted o su representante pueden solicitar una apelación acelerada o una revisión externa acelerada mediante el envío de una solicitud por escrito al domicilio que figura en la carta de resolución que explica la decisión del plan, o llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. En el caso de solicitudes aceleradas, se le notificará nuestra determinación dentro de las 24 horas.

Terapia escalonada

La terapia escalonada es un protocolo que requiere que

usted use un medicamento con receta o una serie de medicamentos con receta, aparte del medicamento que su proveedor solicita para su tratamiento, antes de que el plan cubra el medicamento con receta solicitado. Su plan no le exigirá seguir una terapia escalonada siempre que el medicamento con receta se encuentre en el *Formulario de medicamentos* (*Lista de medicamentos* cubiertos) y usted ya haya probado los medicamentos con receta requeridos en la terapia escalonada en nuestro plan o en un plan de seguro de salud anterior, o cuando los medicamentos se suspendieron por falta de eficacia o porque usted tuvo un acontecimiento adverso. Una compañía aseguradora no puede exigir a una persona cubierta con cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro que se someta a una terapia escalonada para una medicación cubierta que haya sido aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los EE. UU. u otro organismo reconocido para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro. Una compañía aseguradora no exigirá a una persona cubierta que se someta a una terapia escalonada o que reciba autorización previa antes de que un farmacéutico pueda recetar y entregar un medicamento de prevención de la infección por VIH. Las muestras de medicamentos no se consideran como el ensayo y el error de un medicamento con receta requerido cuando se intenta cumplir con los requisitos de una terapia escalonada. Cuando usted intenta cumplir con los requisitos de una terapia escalonada, su plan puede exigirle documentación suya o de su proveedor para respaldar su solicitud.

Medicamentos especializados

- Si obtiene sus medicamentos con una receta de un proveedor especialista, por ejemplo, un especialista en enfermedades infecciosas, un reumatólogo, un neurólogo o un oncólogo, podrá obtener medicamentos especializados.
- Los medicamentos especializados generalmente son recetados para estados de enfermedad más complejos y requieren atención y manejo especiales.
- Todos los medicamentos del *Formulario de medicamentos* que se encuentran en la lista del nivel especializado son medicamentos especializados. Algunos medicamentos en otros niveles también pueden ser especializados. Para averiguar si su medicamento es un medicamento especializado, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.
- La mayoría de los medicamentos especializados solamente se pueden adquirir en una farmacia de Denver Health o en las farmacias especializadas preferidas elegidas por Elevate.
- La mayoría de los medicamentos especializados solamente se pueden adquirir como suministro para 30 días, aun si se los envían a domicilio por correo.

Medicamentos genéricos y de marca

- Puede ahorrar dinero usando medicamentos genéricos del *Formulario de medicamentos*, que tienen costos compartidos más bajos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los EE. UU. en cuanto a seguridad y eficacia, y se fabrican usando los mismos estándares estrictos que se aplican a la alternativa de marca. Por ley, los medicamentos genéricos deben contener montos idénticos de la misma droga activa que el medicamento de marca.
- Existe un programa de medicamentos genéricos preferidos. Esto significa que si obtiene un medicamento de marca cuando existe una alternativa genérica disponible, usted tendrá que pagar el costo compartido más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Si su proveedor considera que usted necesita el medicamento de marca, puede completar un formulario de solicitud de autorización previa para informar a Elevate el motivo por el que se necesita el medicamento de marca. Si es aprobado, usted solo deberá pagar el costo compartido de la marca.

Exclusiones de medicamentos (Consulte las exclusiones y limitaciones para conocer las limitaciones adicionales).

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Estos incluyen medicamentos para lo siguiente:

- uso cosmético (productos antiarrugas, para la remoción de vello y crecimiento del cabello);
- suplementos dietéticos;
- sangre o plasma sanguíneo (excepto los factores antihemofílicos VIII y IX, que están cubiertos cuando se aprueban con una autorización previa);
- infertilidad;
- medicamentos de venta libre (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*);
- pigmentación/despigmentación;
- dispositivos o aparatos terapéuticos (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*);
- tratamientos en investigación o experimentales.

Información del plan de medicamentos

Visite www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-pharmacy donde podrá encontrar lo siguiente:

- Una lista de productos farmacéuticos, incluso las restricciones y preferencias.
- Información sobre cómo utilizar los procedimientos de gestión farmacéutica.
- Una explicación de los límites o las cuotas.
- Información sobre cómo los profesionales deben proporcionar información para respaldar una solicitud de excepción.
- El proceso de sustitución de genéricos, de intercambio terapéutico y los protocolos de terapia escalonada.
- Usted también puede solicitar una copia impresa de esta información llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Se debe alcanzar el deducible antes de que el coseguro se aplique a los beneficios basados en el coseguro, excepto para los medicamentos preventivos. El deducible no se aplica a los beneficios basados en el copago. Los medicamentos preventivos tienen un costo de $0 en todas las farmacias.

	Genéricos	De marca preferida	Especializados de marca no preferida/preferidos	Especializados
Farmacia de DH (suministro para 30 días)	$10 de copago.	$35 de copago.	5% de coseguro.	5% de coseguro.
Farmacia de DH o DH Pharmacy by Mail (suministro para 90 días)	$20 de copago.	$70 de copago.	5% de coseguro.	N/C.
Farmacia de National Network (suministro para 30 días) (Ejemplos: King Soopers, Target, etc.)	$20 de copago.	$70 de copago.	5% de coseguro.	5% de coseguro.
Farmacia de National Network (suministro para 90 días) (Ejemplos: King Soopers, Target, etc.)	$40 de copago.	$140 de copago.	5% de coseguro.	N/C.

Atención preventiva

Elevate ha desarrollado pautas para la atención clínica y preventiva para ayudar a los miembros con afecciones de salud comunes, entre las que se incluyen el control de la diabetes, el asma y la atención durante el embarazo. Para obtener información, llame al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members. Los servicios de atención preventiva están diseñados para mantenerlo saludable o para prevenir enfermedades, en lugar de tratar una enfermedad, lesión o afección existente. Consulte la siguiente tabla para conocer el costo compartido que se podría aplicar a los servicios de atención preventiva recibidos por parte de un proveedor de la red.

Todas las vacunas recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) están cubiertas sin cargo. Todos los servicios preventivos con recomendaciones A o B de parte del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) y aquellos avalados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration) están cubiertos sin cargo.

Este plan también cubre los servicios para dejar de fumar, que incluyen la evaluación, el asesoramiento, los servicios de intento de dejar de fumar y las siete medicaciones para dejar de fumar aprobadas por la FDA, además de QuitLine (Línea para Dejar de Fumar) de Colorado (1-800-QUIT-NOW).

- Debe consultar con su médico para determinar qué exámenes de detección/diagnóstico son adecuados para usted.

Servicio de atención preventiva	Usted paga (por servicios de un proveedor de la red)	Fuera de la red
Exámenes de atención preventiva anuales para adultos* Exámenes de detección con una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) Exámenes de detección/diagnóstico (adecuados a la edad) de atención preventiva, incluidos, entre otros: • exámenes de detección/diagnóstico de colesterol (perfil de lípidos); • mamografías; • colonoscopia/sigmoidoscopia para detección/diagnóstico; • examen anual de próstata.	$0 de costo compartido por visita al consultorio (No hay cargo adicional por estas pruebas; pueden aplicarse costos compartidos por visita al consultorio).	Sin cobertura
Exámenes femeninos de rutina, incluidos: • historia clínica; • examen físico de órganos pélvicos, incluido el examen de Papanicolaou; • citología vaginal; • examen físico mamario; • examen de recto incluida la prueba de sangre oculta en heces (Fecal Occult Blood Test, FOBT); • consulta por control de la natalidad, si lo solicitara; • análisis de orina.	$0 de costo compartido por visita al consultorio	Sin cobertura
Atención infantil de rutina, incluidos exámenes de rutina, detección de nivel de plomo en sangre y vacunas	$0 de costo compartido por visita al consultorio	Sin cobertura
Exámenes adicionales para el recién nacido Una visita domiciliaria al recién nacido durante la primera semana de vida si recibe el alta hospitalaria antes de las 48 horas después de un parto vaginal o antes de las	$0 de costo compartido por visita al consultorio	Sin cobertura

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Vacunas de rutina indicadas por el proveedor y conforme a las pautas nacionales Esto incluye la vacuna contra el cáncer de cuello uterino para miembros.	$0 de costo compartido por visita (Las visitas a la clínica solo por vacunas contra alergias o inmunizaciones no requieren costos compartidos. Si la visita es una combinación de la inyección y una visita a una enfermera, visita de atención primaria o visita al especialista, se cobrará el costo compartido requerido).	Sin cobertura

* Una mujer puede necesitar más de un examen femenino de rutina, es decir, las visitas prenatales están cubiertas como un examen femenino de rutina.

Exámenes de detección de cáncer

En Elevate, consideramos que los exámenes de detección de cáncer brindan una atención preventiva importante que apoya nuestra misión de mejorar la vida de las personas a las que les prestamos servicios y la salud de nuestras comunidades. Cubrimos los exámenes de detección de cáncer según se describen a continuación. Todos los costos compartidos para el miembro se enumeran en la tabla anterior.

- Examen de Papanicolaou: Elevate brinda cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para un Papanicolau de rutina anual y la visita al consultorio correspondiente al examen.
- Detección/diagnóstico por mamografías: Elevate brinda cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para mamografías de rutina o de diagnóstico independientemente de la edad.
- Exámenes de detección de cáncer de próstata: Elevate brinda cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para exámenes de detección de cáncer de próstata de rutina para hombres.
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal: Existen varios métodos de exámenes de detección de cáncer colorrectal. Elevate brinda cobertura para exámenes de detección de cáncer colorrectal de rutina, tales como la prueba de sangre oculta en heces, enema de bario, sigmoidoscopías y colonoscopias. Los exámenes de detección de cáncer colorrectal están cubiertos con la atención preventiva siempre que dichos servicios sean prestados para una detección preventiva.

Radiología/servicios de diagnóstico y terapéuticos con radiografías

Todas las pruebas, los servicios de diagnóstico y los materiales de radiología y radiografías médicamente necesarios e indicados por un proveedor con licencia están cubiertos, incluso los isótopos y las radiografías para diagnóstico y terapéuticos. Esto incluye las resonancias magnéticas (RM), las tomografías por emisión de positrones (PET), la radioterapia y las tomografías computarizadas (TC).

TC/TEP/RM/radiología avanzada:

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Radiografías:

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Diálisis renal

La diálisis renal está cubierta si se realiza en un establecimiento autorizado.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Establecimiento de enfermería especializada/servicios de atención prolongada

Los servicios de atención prolongada en establecimientos de enfermería especializada autorizados están cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen atención de enfermería especializada; alojamiento y comidas; terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla; servicios sociales médicos; medicamentos con receta; medicaciones; equipos e insumos médicos; y otros servicios originariamente suministrados por el establecimiento de enfermería especializada. Se requiere autorización previa de Elevate.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 100 días por año calendario

Estudios del sueño

Cubiertos si se realizan en un establecimiento de la red y si son médicamente necesarios, y pueden requerir autorización previa.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Dejar de fumar

Comuníquese con su proveedor de atención primaria acerca de las opciones para dejar de fumar. Los servicios cubiertos para dejar de fumar incluyen la evaluación, el asesoramiento, los servicios de intento de dejar de fumar y las siete medicaciones para dejar de fumar aprobadas por la FDA, así como la cobertura de QuitLine (Línea para Dejar de Fumar) de Colorado. QuitLine de Colorado tiene herramientas y recursos para ayudarlo, incluso asesoramiento y reemplazo de nicotina, como los parches o la goma de mascar. Puede comunicarse con QuitLine de Colorado llamando al 1-800-QUIT-NOW. Los medicamentos para dejar de fumar que se encuentran en el *Formulario de medicamentos* están cubiertos al 100%, incluidos Chantix, la forma genérica de Zyban, los parches de nicotina, la goma de mascar y los comprimidos para chupar. Para obtener más información, comuníquese con Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2090.

Servicios para trastornos de uso de sustancias

Se requiere una remisión de su proveedor de atención primaria y autorización previa de Elevate, excepto en caso de emergencia.

Trastorno de drogas y alcohol: desintoxicación

La desintoxicación médica de emergencia se limita a la extracción de la sustancia o las sustancias tóxicas de su sistema, e incluye el diagnóstico, la evaluación y la atención médica de emergencia o intensiva. En caso de emergencia, debe notificar a Elevate tan pronto como fuese posible y razonable, y preferentemente dentro de un día hábil.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados por trastorno de uso de sustancias

Su internación y tratamiento deben ser en un establecimiento de la red con la autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Exclusiones: mantenimiento o atención posterior al tratamiento después de un programa de rehabilitación

Servicios para casos de trastorno de sustancias para pacientes ambulatorios

Los servicios para casos de uso de sustancias que se ofrecen a los miembros que viven en sus respectivas casas y reciben servicios en un establecimiento de la red como pacientes ambulatorios están cubiertos.

Los miembros pueden autorremitirse dentro de la red de Elevate. Los proveedores de Cofinity solo brindan servicios de salud mental para pacientes ambulatorios dentro de la red.

Dentro de la red: $15 de copago por visita, no se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de cirugía

Cirugía para pacientes hospitalizados

Están cubiertas la cirugía y la anestesia en conjunto con una estadía cubierta como paciente hospitalizado.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Cirugía para pacientes ambulatorios

Los servicios quirúrgicos en un hospital, establecimiento quirúrgico ambulatorio o consultorio médico de la red de Elevate están cubiertos, incluidos los servicios de un asistente quirúrgico y un anestesista.
Los servicios pueden requerir autorización previa de Elevate.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Cirugía bucal/dental

Los servicios quirúrgicos bucales/dentales están cubiertos cuando dichos servicios están asociados con lo siguiente: tratamiento de emergencia después de la aparición de una lesión en la mandíbula o boca (no están cubiertos los procedimientos de restauración dental de seguimiento), tratamiento de tumores de la boca, tratamiento de afecciones congénitas de la mandíbula que podrían ser sustancialmente perjudiciales para el estado físico del miembro debido a nutrición o respiración inadecuadas, labio leporino, paladar hendido o una afección o enfermedad resultante.

La anestesia general para la atención dental, así como también los cargos del hospital y el establecimiento están cubiertos para un menor dependiente en los siguientes casos:

- El niño tiene una afección física, mental o médicamente peligrosa.
- El niño tiene necesidades dentales para las que la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergias.
- El niño o adolescente es muy poco cooperativo, inmanejable, ansioso o poco comunicativo, o tiene necesidades dentales que se consideran lo suficientemente importantes como para aplazar la atención dental; o el niño sufrió un extenso traumatismo orofacial y dental.

La anestesia general para la atención dental de un dependiente debe ser autorizada previamente por Elevate y es administrada por un anestesista de la red en un hospital, establecimiento quirúrgico ambulatorio u otro establecimiento de atención médica con licencia dentro de la red para una cirugía realizada por un dentista calificado en odontología pediátrica. En relación con los niños que nacen con labio leporino, paladar hendido o con ambas afecciones, consulte la sección “Atención del recién nacido”.

Exclusiones: Servicios dentales para niños, servicios dentales auxiliares, férulas oclusales, sobremordida o

submordida, osteotomías, servicios para la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ), excepto como consecuencia de traumatismo o fractura; cirugía de tejidos duros o blandos; afecciones ortogénicas maxilares, mandibulares u otras, a menos que esté certificado por un proveedor que forma parte de la red como médicamente necesario como consecuencia de un traumatismo.

Los siguientes servicios para TMJ pueden estar cubiertos si un médico del plan determina que son médicamente necesarios: radiografías de diagnóstico, pruebas de laboratorio, terapia física y cirugía.

Cirugía de senos

El plan ofrece cobertura para mastectomías y tumorectomías mamarias médicamente necesarias, y las complicaciones físicas de las mastectomías, incluso los linfedemas. La reconstrucción de los senos del lado afectado y no afectado por un proveedor de la red, así como también los dispositivos protésicos internos, están cubiertos si cuentan con la autorización previa de Elevate. La reducción mamaria médicamente necesaria está cubierta si cuenta con la autorización previa de Elevate. Los dispositivos protésicos externos después de una mastectomía o tumorectomía mamaria médicamente necesaria están cubiertos según los criterios para el equipo médico durable (DME).

Cirugía reconstructiva

La cirugía reconstructiva, para restaurar la función anatómica del cuerpo después de una pérdida debido a una enfermedad o lesión, está cubierta cuando un proveedor personal que es parte de la red la considere médicamente necesaria y cuente con la autorización previa de la Gestión de la Utilización de Servicios.

Trasplantes

Los trasplantes de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado y de médula ósea para el linfoma de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia, síndrome de Wiskott-Aldrich, neuroblastoma, cáncer de seno de alto riesgo en etapas II y III, y linfoma están cubiertos. El apoyo de células madre periféricas es un beneficio cubierto para las mismas afecciones enumeradas anteriormente para trasplantes de médula ósea. Los trasplantes no deben ser experimentales, deben cumplir con los criterios del protocolo y deben contar con la autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department) de Elevate.

Los beneficios incluyen los gastos médicos y del hospital, directamente relacionados y razonables, de un donante. La cobertura se limita a los servicios de trasplante brindados al donante o al destinatario solo cuando este último es miembro de Elevate.

Los servicios de trasplante deben ser suministrados en un establecimiento aprobado. Elevate no asume responsabilidad alguna por el suministro de donantes, órganos o la capacidad de los establecimientos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.
Fuera de la red: sin cobertura

Telesalud

Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos en este plan cuando los servicios se brindan de manera adecuada. No es necesario acceder a la atención a través de los servicios de telesalud. El costo compartido es el mismo que el de la atención en persona para un servicio específico. Por ejemplo, si consulta a un proveedor de salud mental a través de los servicios de telesalud, el costo compartido es el mismo que si accede a la atención con un proveedor de salud mental en persona. No se requiere autorización previa.

Los servicios de atención médica por teléfono, fax o correo electrónico no reúnen los requisitos para considerarse servicios de telesalud.

Terapias

Servicios de habilitación

Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla médicamente necesarios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana están cubiertos.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año calendario para cada una de las terapias física, ocupacional y del habla para aprender habilidades por primera vez o mantener las habilidades actuales.

Servicios de rehabilitación

Las terapias física, ocupacional y del habla se autorizarán solo hasta que se alcance la mejoría médica máxima o se agote el beneficio anual, lo que ocurra primero. Sin embargo, los servicios de intervención temprana para niños de hasta tres años de edad con retrasos del desarrollo están cubiertos sin tener en cuenta la mejoría médica máxima. Consulte la sección “Servicios de intervención temprana”. Además, las terapias física, ocupacional y del habla médicamente necesarias para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento para niños de hasta seis años están cubiertas incluso si el objetivo de la terapia es mantener la capacidad funcional.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año calendario para cada una de las terapias física, ocupacional y del habla. Consulte la sección "Servicios de intervención temprana" para conocer el límite máximo de beneficio para las terapias en niños hasta los tres años.

Rehabilitación cardíaca

Se cubre el tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca si está indicado o recomendado por un médico del plan, y es proporcionado por terapeutas en los establecimientos designados.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura

Rehabilitación pulmonar

Se cubre el tratamiento en un programa de rehabilitación pulmonar si está recetado o recomendado por un médico del plan, y es proporcionado por terapeutas en los establecimientos designados.

Dentro de la red: 10% de coseguro, se aplica el deducible.

Fuera de la red: sin cobertura. Toda adaptación, atención, servicios, equipo, medicación o insumos provistos para los fines indicados a continuación están expresamente excluidos de la cobertura (independientemente de la necesidad médica).

Proveedores fuera de la red

Los servicios prestados por un hospital, un establecimiento, un médico u otro proveedor que no forme parte de la red de Elevate no están cubiertos, salvo que:

- Se presten conforme a la remisión previa por escrito de un proveedor de atención primaria que sea parte de la red y con la autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios.
- Se presten en una circunstancia de emergencia o urgencia y se envíe una notificación al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios con la mayor brevedad posible y razonable, preferentemente dentro de un día hábil.

Exclusiones generales

Los servicios e insumos mencionados a continuación están excluidos de la cobertura conforme al presente plan:

Aborto electivo: los abortos electivos no están cubiertos. Los abortos que no son electivos están cubiertos si ponen en peligro la vida o si son el resultado de una violación o incesto.

Accesorios para la visión: reemplazo de lentes o armazones rotos o perdidos

Alimentos médicos: productos alimenticios para fibrosis quística o intolerancia a la soja, u otras alergias a alimentos

Aparatos ortopédicos: calzado correctivo y dispositivos ortopédicos para uso podiátrico y apoyos para el arco; dispositivos y aparatos dentales, excepto para el tratamiento médicamente necesario de labio leporino o paladar hendido para miembros recién nacidos, que está cubierto cuando lo indica un proveedor de la red; soportes experimentales y de investigación; más de un dispositivo ortopédico para la misma parte del cuerpo, excepto por reemplazos; dispositivos de repuesto o uso alternativo; reemplazo de dispositivos ortopédicos perdidos; arreglos, ajustes o reemplazos por mala utilización

Artículos de confort y conveniencia: artículos o servicios de confort o conveniencia personal obtenidos o prestados dentro o fuera de un hospital, u otro establecimiento, como televisión, teléfono, comidas para los acompañantes, artículos para la higiene personal y cualquier otro servicio e insumo adicional similar

Atención de maternidad: cesáreas programadas médicamente innecesarias

Atención prolongada: atención en sanatorio, supervisada o de relevo (excepto como se describe en "Servicios en el centro de cuidados paliativos"), atención de mantenimiento, atención crónica y servicios de enfermería privada

Atención que no es médicamente necesaria: atención médica, procedimientos, equipos, insumos y productos farmacéuticos que no cumplen con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, según se determine: (1) si el servicio es el insumo o el nivel de servicio disponible más adecuado para el asegurado en cuestión, considerando los beneficios y daños potenciales para la persona; (2) si se tiene conocimiento de la efectividad del servicio para mejorar resultados de salud, basado en pruebas científicas, estándares profesionales y opinión de expertos; (3) si los servicios y las intervenciones, que no son de uso generalizado, se basan en pruebas científicas

Atención quiropráctica: hipnoterapia, entrenamiento del comportamiento, terapia del sueño, programas de pérdida de peso, servicios que no están relacionados con el tratamiento del sistema musculoesquelético, servicios de rehabilitación vocacional, termografía, aires acondicionados, purificadores de aire, colchones terapéuticos, insumos u otros dispositivos y aparatos similares, o costos de transporte. Esto incluye los cargos de la ambulancia local; medicamentos con receta, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios u otros productos similares; programas educativos; autoasistencia que no sea médica o entrenamiento de autoayuda; todas las pruebas de diagnóstico relacionadas con estos servicios excluidos; resonancia magnética (RM) y otros tipos de diagnóstico por radiología; terapia física y de masajes que no son parte del tratamiento quiropráctico; y equipo médico durable (DME) u otros insumos para uso doméstico.

Cabello artificial: pelucas, postizos, trasplantes o implantes capilares, incluso si existe un motivo médico para la pérdida del cabello

Cambio de sexo: los procedimientos se consideran cosméticos cuando se los utiliza para mejorar la apariencia específica del sexo de una persona que se sometió o planea someterse a una cirugía de cambio de sexo.

Centros de tratamiento a largo plazo no estructurados

Cirugía plástica: la cirugía plástica con objetivos cosméticos, la eliminación de tatuajes y cicatrices, las exfoliaciones químicas, o la dermoabrasión para el acné

Cirugía reconstructiva y cosmética: las cirugías o los procedimientos cosméticos y reconstructivos electivos que solo se realizan para mejorar o preservar el aspecto físico

Cirugía refractiva: cirugía para corregir problemas de visión, como LASIK

Equipo adaptativo/aparatos correctivos: adaptación de teléfonos para sordos; reemplazo de prótesis oculares en caso de extravío, robo o daño; herramientas de lectura y dispositivos para mejorar la visión; implantes cocleares; rampas para sillas de ruedas; remodelación del hogar o instalación de equipo para el baño y dispositivos protésicos (excepto extremidades artificiales y prótesis de seno)

8. Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)

Equipo médico durable: los humidificadores, acondicionadores de aire, equipos para la actividad física, piscina de hidromasaje, spa o club de salud no están incluidos, independientemente de si son o no indicados por un médico.

Establecimientos gubernamentales: servicios o artículos por los cuales el pago se realiza o está disponible de parte del gobierno o de un organismo federal o estatal, o de una subdivisión de estas entidades; servicios o artículos por los cuales un miembro de Elevate no está legalmente obligado a pagar

Exámenes físicos para la discapacidad/el seguro: la cobertura de exámenes físicos con el objetivo de determinar o evaluar la salud de un miembro para la inscripción en el seguro

Exámenes laborales: los exámenes físicos con fines laborales o los exámenes laborales obligatorios anuales (por ejemplo, exámenes del Departamento de Transporte [Department of Transportation, DOT])

Exclusiones por delitos: tratamiento médico para lesiones corporales accidentales o enfermedades que tienen lugar mientras el miembro comete un delito o como consecuencia de este, excepto los delitos definidos en los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), 18-18-102(5)

Infusiones de enzimas: terapias para trastornos metabólicos crónicos

Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo: cargos e insumos (incluidos los exámenes de reincorporación al trabajo) como consecuencia de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, incluidos los gastos derivados de enfermedades o accidentes laborales cubiertos conforme a la compensación de los trabajadores; la responsabilidad del empleador y las leyes municipales, estatales, federales, o de enfermedades ocupacionales, excepto para los miembros que no están obligados a mantener o ser cubiertos por el seguro de compensación de los trabajadores según lo definido por la ley de compensación de los trabajadores de Colorado

Medicamentos de venta libre: los medicamentos de venta libre, excepto cuando lo requiera la ley, los suplementos nutricionales o dietéticos, y los insumos médicos de venta libre (excepto los artículos incluidos en el *Formulario de medicamentos*) no están cubiertos. Esto incluye vitaminas, minerales o dietas especiales, incluso si son recetados por un médico (excepto los alimentos médicos para niños con trastornos enzimáticos heredados), con la excepción de medicamentos con receta incluidos en el *Formulario de medicamentos* de Elevate.

Medicamentos y clases de medicamentos excluidos del beneficio de medicamentos con receta: algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Entre ellos se incluyen los medicamentos para los siguientes fines: uso cosmético (productos antiarrugas, para eliminación del vello y crecimiento del cabello), suplementos dietéticos, sangre o plasma sanguíneo (excepto los factores antihemofílicos VIII y IX, que están cubiertos cuando se aprueban con una autorización previa), infertilidad, medicamentos de venta libre (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*), pigmentación/despigmentación, dispositivos o aparatos terapéuticos (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*), vitaminas recetadas (salvo las incluidas en el *Formulario de medicamentos*), tratamientos en investigación o experimentales. Vacunas de viaje recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) solo para viajar fuera de los Estados Unidos (las vacunas cubiertas se enumeran en el *Formulario de medicamentos*).

Neuroestimuladores: reemplazos o reparaciones, incluso de baterías

Obesidad: programas comerciales de pérdida de peso o programas de ejercicios

Otros proveedores: servicios brindados por acupunturistas, masajistas, curanderos, quirománticos, fisiólogos, naturópatas, reflexólogos, masajistas de *rolfing*, iridólogos u otros profesionales de medicina alternativa

Planificación familiar e infertilidad: reversión de infertilidad inducida voluntariamente (esterilización), procedimientos considerados experimentales, fecundación in vitro, transferencia intrafalopiana de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT), padres sustitutos (a menos que el padre sustituto también sea miembro), terapia con medicamentos para la infertilidad y el costo de los servicios relacionados con cada uno de estos procedimientos, el costo asociado a la donación de esperma (recolección, preparación, almacenamiento, etc.)

Problemas de aprendizaje y de comportamiento: educación especial, asesoramiento, terapia o atención por problemas relacionados con dificultades de aprendizaje o de comportamiento, asociados o no con un trastorno mental, retraso u otro problema manifiesto

Procedimientos y medicamentos experimentales: la atención médica, los procedimientos, el equipo, los insumos y los productos

farmacéuticos que Elevate determina que son experimentales, se encuentran en investigación o no están generalmente aceptados en la comunidad médica no están cubiertos. Esto significa cualquier procedimiento, equipo, tratamiento o curso de tratamiento médico, o fármacos o medicamentos considerados no seguros, experimentales o en investigación. Esta resolución se toma sobre la base de estudios formales o informales, opiniones y referencias de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association), la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health), el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas (Council of Medical Specialty Societies), expertos en la materia y cualquier otra asociación, programa federal u organismo con autoridad para aprobar pruebas y tratamientos médicos, o la eficacia y conveniencia de los medicamentos o producto farmacéuticos.

Prótesis: prótesis dental (excepto para el tratamiento médicamente necesario de labio leporino o paladar hendido con prótesis en miembros), dispositivos implantados internamente, equipos y dispositivos protésicos relacionados con el tratamiento de la disfunción sexual, más de un dispositivo protésico para la misma parte del cuerpo (excepto para reemplazos), dispositivos de repuesto o de uso alternativo, reemplazo de dispositivos protésicos perdidos, arreglos, ajustes o reemplazos por mala utilización

Pruebas de paternidad

Pruebas psicológicas requeridas por terceros: pruebas psicológicas requeridas por terceros; evaluaciones o asesoramiento educativo u ocupacional; asesoramiento vocacional o religioso; trastornos del desarrollo como trastornos de lectura, aritmética, lenguaje o articulación; pruebas de coeficiente intelectual (CI)

Rehabilitación vocacional: rehabilitación vocacional, servicios relacionados a exámenes de diagnóstico o vacunas administradas principalmente para seguro, concesión de licencias, empleo, programas para bajar de peso o cualquier otro objetivo no preventivo

Servicios de ambulancia: servicio de ambulancia para atención o transporte que no es de emergencia, salvo que sea solicitado por Elevate

Servicios dentales: servicios dentales para niños, servicios dentales auxiliares, férulas oclusales, sobremordida o submordida, osteotomías; TMJ (excepto como consecuencia de traumatismo o fractura), cirugía de tejido duro o blando, y afecciones ortogénicas maxilares, mandibulares u otras, salvo que sean certificados por un profesional de atención primaria (proveedor personal) que sea parte de la red como médicamente necesarios como consecuencia de un traumatismo. Los siguientes servicios para TMJ pueden estar cubiertos si un médico del plan determina que son médicamente necesarios: radiografías de diagnóstico, pruebas de laboratorio, terapia física y cirugía.

Terapia asistida con animales

Terapia/Tratamiento optométrico de la visión: régimen de tratamiento individualizado indicado para brindar tratamiento médicamente necesario para disfunciones visuales diagnosticadas, prevenir el desarrollo de problemas visuales o mejorar el desempeño visual para satisfacer las necesidades específicas del paciente. La terapia optométrica de la visión incluye afecciones visuales como estrabismo, ambliopía, disfunciones de la acomodación, disfunciones oculomotoras, trastornos visomotrices y trastornos de la percepción visual (procesamiento de la información visual)

Trasplantes: trasplantes de órganos no incluidos en la sección “Beneficios/cobertura” y los gastos asociados a los donantes para los miembros de Elevate que donan a una persona que no es miembro de Elevate

Tratamiento de la infertilidad: servicios para revocar la fertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente. Todos los servicios e insumos (aparte de la inseminación artificial) relacionados con la concepción por medios artificiales. Esto se refiere a los medicamentos con receta relacionados con dichos servicios, y el esperma y óvulo del donante utilizados para dichos servicios, tales como, sin carácter limitativo, fecundación in vitro, trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos y transferencia intratubárica de cigotos, no están cubiertos.

Estas exclusiones se aplican tanto a personas o parejas fértiles como infértiles.

Acerca de sus beneficios médicos

Todos los servicios cubiertos por Elevate deben cumplir con ciertos requisitos básicos. Los servicios que procure recibir deben ser médicamente necesarios; usted debe utilizar los proveedores de la red de Elevate; los servicios no pueden superar los límites máximos de beneficios y los servicios deben ser adecuados para la enfermedad o lesión. En general, estos requisitos están incluidos en todos los planes de beneficios de salud, pero a menudo no se los comprende bien o simplemente se los pasa por alto. Al comunicarse con su proveedor de atención primaria y permitirle que gestione su atención, estos requisitos se cumplirán y esto ayudará a que reciba los servicios cubiertos médicamente necesarios.

Facturación sorpresa

Si un miembro cubierto recibe servicios cubiertos en un establecimiento de la red de un proveedor fuera de la red, entonces Elevate le pagará directamente al proveedor fuera de la red, según lo regulado por el estado de Colorado. Cuando se procese el reclamo, Elevate notificará al proveedor fuera de la red y al miembro de cualquier deducible, copago o coseguro que se requiera.

Pago de la prima

El pago de las primas mensuales vence el 25 del mes anterior al de la cobertura (por ejemplo, la prima de febrero vencería el 25 de enero). Para realizar un pago con tarjeta de crédito por teléfono, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede realizar un pago con un cheque o un giro postal. Para ello, presente el pago en el siguiente apartado de correos:

Elevate
P.O. Box 5363
Denver, CO 80217

Copagos

Un copago es un monto predeterminado, típicamente expresado como un monto fijo en dólares, que debe pagar para recibir un servicio cubierto. Los copagos son abonados directamente por usted al proveedor. Para conocer los copagos correspondientes, consulte la “Tabla de beneficios” al comienzo del presente manual. Usted será responsable de todos los gastos en los que incurra por los servicios no cubiertos.

Coseguro

El cargo, típicamente expresado como un porcentaje de los gastos elegibles, que debe abonar por ciertos servicios de salud cubiertos una vez alcanzados los deducibles aplicables. Este monto se aplicará a su máximo de desembolso directo.

Límites máximos de beneficios

Los límites máximos de beneficios son los límites establecidos por Elevate para la cantidad de visitas por año calendario, de servicios de por vida o un monto máximo en dólares pagados por el plan dentro de un período de tiempo específico.

Máximo de desembolso directo

Es el monto máximo del que usted es responsable en un año del plan determinado. Los deducibles, el coseguro y los copagos se aplican a su máximo de desembolso directo.

Período de gracia

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) requiere que los planes de seguro de salud proporcionen un período de gracia de tres meses antes de cancelar la cobertura para ciertas personas inscritas en un plan de salud adquirido a través del Mercado de Seguros Médicos Individuales. El período de gracia se aplica a los miembros que reciben asistencia de subsidio federal en forma de una APTC y que han pagado al menos un mes completo de prima durante el año de beneficios. Se activa cuando un miembro que recibe subsidios federales no paga su parte de la prima mensual a tiempo. Durante el primer mes del período de gracia, el plan seguirá pagando los reclamos elegibles. Durante los meses dos y tres del período de gracia, los reclamos no se tramitarán o pagarán a menos que se reciba el pago total de la prima pendiente del miembro al final del período de gracia de tres meses. Si las primas se pagan en su totalidad dentro del período de gracia de tres meses, los reclamos se procesarán. Si la prima no se paga en su totalidad al final del período de gracia, la inscripción del miembro se cancelará retroactivamente al final del primer mes. Todo reclamo por los servicios recibidos durante el segundo y tercer mes del período de gracia será luego denegado.

Para las personas que no reciben un subsidio federal, el titular de la póliza tiene derecho a un período de gracia de 31 días para cumplir con el pago de cualquier prima adeudada distinta de la primera. La cobertura continúa únicamente durante el período de gracia de 31 días. Si el pago no se hace, el miembro será dado de baja a partir del día 31° después de que comenzó el período de gracia.

Los períodos de gracia señalados anteriormente solo están disponibles para los miembros que hayan efectuado el pago de la prima inicial del primer mes de cobertura.

Cómo presentar un reclamo

Por servicios médicos

Cuando recibe servicios de atención médica, usted debe mostrar su tarjeta de identificación al proveedor. Su tarjeta de identificación le brinda al proveedor información importante sobre sus beneficios, costos compartidos y dónde llamar para solicitar autorizaciones previas, además de informarle cómo puede facturar a Elevate la atención que usted reciba.

En la mayoría de los casos, su proveedor le facturará directamente a Elevate los servicios que usted reciba. Usted es responsable de todo copago, coseguro o deducible, si corresponde, y deberá abonarlo directamente a su proveedor.

En ciertas situaciones es posible que deba presentar un reclamo por la atención que recibe. Si recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor fuera de la red de Elevate, es posible que deba abonar la totalidad o parte de la factura al proveedor en el momento del servicio. Elevate le reintegrará hasta los límites indicados en la sección "Tabla de beneficios". Si debe abonar en el momento de la atención, envíe su recibo por correo, con su nombre, domicilio postal particular y número de id. del miembro, al siguiente domicilio:

Elevate Health Plans
Attn: Claims
Department
P.O. Box 24631
Seattle, WA 98124-0631

Para recibir reembolsos por audífonos pediátricos utilice el formulario de reembolsos, anexo D, que se encuentra al final del presente manual. Elevate enviará por correo un cheque de reembolso al suscriptor, al domicilio que figura en los archivos, por el monto elegible hasta el límite máximo de beneficio. Los reclamos presentados una vez transcurridos 120 días después de la fecha del servicio pueden ser negados debido a la presentación fuera de plazo.

Los reclamos autorizados que fueron parte de una revisión de la Gestión de la Utilización de Servicios se pagarán dentro de los 30 días siguientes a su recepción.

Si desea que su reembolso sea abonado directamente a otra persona, adjunte una autorización firmada al formulario de reclamos o a la factura que presente. En caso de no poder realizar la concesión o cesión válida de beneficios, Elevate puede efectuar el pago a cualquier persona u organización que haya asumido la atención o el apoyo principal del miembro. Elevate podrá cumplir con las cesiones de beneficios realizadas con anterioridad a la muerte del miembro respecto de los beneficios restantes que le corresponden pagar a Elevate. Los pagos realizados en conformidad con una cesión se efectúan de buena fe y exoneran a Elevate de obligaciones futuras por pagos adeudados.

Por servicios de farmacia

Presente su tarjeta de identificación de Elevate en cualquier farmacia de la red cuando obtenga sus medicamentos con receta. Usted es responsable de abonar el costo compartido de la farmacia. Si está fuera del área de cobertura y necesita asistencia para localizar una farmacia de la red, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para recibir información sobre cómo conseguir los medicamentos con receta.

Investigación de reclamos

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo se tramita un reclamo, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Si no está de acuerdo con el modo en que Elevate tramitó un reclamo o si no está de acuerdo con la negación al pago de un reclamo, podrá presentar una queja escrita o verbal. Consulte el anexo A en la parte posterior del manual para obtener una copia de este formulario. También puede obtener un formulario de quejas o puede presentar una queja verbal por vía telefónica, llamando al 303-602-2261. También puede escribir a la siguiente dirección:

Elevate
Attention: Grievance Coordinator
938 Bannock St., Mail Code 6000
Denver, CO 80204

Si está apelando un reclamo que fue negado debido a ausencia de necesidad médica o falta de autorización previa, negación de autorización previa o condición experimental, consulte la sección "Apelaciones y quejas".

Exámenes físicos y autopsia

La aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona del asegurado en el momento y con la frecuencia que pueda razonablemente requerirlo mientras un reclamo en virtud del presente esté pendiente y de hacer una autopsia en caso de muerte cuando no esté prohibido por ley.

Plazos de reclamos

Para garantizar el pago expeditivo de los servicios y evitar la facturación de saldos innecesaria a las cuentas de los pacientes, Elevate se compromete a cumplir con los siguientes plazos de procesamiento de reclamos, comenzando en el momento en que se recibe el reclamo.

- los reclamos electrónicos dentro de los 30 días

- los reclamos impresos dentro de los 45 días
- todos los reclamos dentro de los 90 días

Fraude en reclamos

Es ilegal presentar deliberadamente hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y negación del seguro. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, de manera deliberada, presente hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante, con el objetivo de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o pago de los ingresos del seguro, será denunciado ante la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado del Departamento de Organismos Reguladores (Department of Regulatory Agencies).

Elevate sigue todos los reglamentos de la Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) para fraude, desperdicio o abuso para su protección. Se requiere que Elevate documente y rastree cualquier acuerdo o demanda por negligencia profesional que involucre a nuestros miembros. Si usted se encuentra en esta situación o piensa que lo está, notifique a Elevate.

Lesiones o enfermedades causadas por terceros

Un tercero puede causarle una lesión o enfermedad. 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 lo siguiente:

- Elevate puede cobrar los beneficios pagados directamente de la parte responsable, la compañía de seguros de la parte responsable y de cualquier otra persona, empresa o compañía de seguros obligada a proporcionarle beneficios o pagos a usted, incluida su propia compañía de seguros si usted tiene otra cobertura.
- Dentro de los 30 días posteriores a lesionarse o enfermarse, usted le informará a Elevate:
    - Si la lesión o enfermedad fue causada por un tercero.
    - Los nombres de la parte responsable y la compañía de seguros de la parte responsable.
    - El nombre de su compañía de seguros, si tiene otra cobertura para su lesión o enfermedad.
    - El nombre de cualquier abogado que contrate para ayudarlo a cobrar su reclamo a la parte responsable.Usted o su abogado notificarán a la compañía de seguros de la parte responsable y a su propia compañía de seguros que Elevate está pagando sus facturas médicas.
- La compañía de seguros debe contactarse con Elevate para discutir el pago.
- La compañía de seguros debe abonarle a Elevate antes de pagarle a usted o a su abogado.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero de una compañía de seguros hasta que Elevate reciba los pagos en su totalidad. 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 una compañía de seguros le paga a usted o a su abogado, pero no a Elevate, usted o su abogado pagarán con ese dinero a Elevate el monto de los beneficios pagados. Elevate no abonará los honorarios de abogados ni los costos en los que se haya incurrido para cobrar el dinero del seguro.
- Elevate tendrá un derecho de retención subrogatorio automático y derecho directo de reembolso, sobre cualquier suma de dinero del seguro adeudada a usted por una compañía de seguros o abonada a su abogado. Elevate podrá notificar a terceros de su derecho de retención y derecho directo de reembolso.
- Elevate podrá entregar a una compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de Elevate necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar una cesión para permitir que los registros de Elevate sean entregados a una compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualquier otra documentación para ayudar a Elevate a cobrar el dinero que se adeude.
- Usted y su abogado proporcionarán a Elevate toda la información solicitada sobre su reclamo contra la parte responsable.
- Usted y su abogado notificarán a Elevate cualquier trato con la parte responsable o demandas en su contra.
- Ni usted ni su abogado realizarán ninguna acción que afecte la capacidad de Elevate de cobrar los beneficios pagados por la parte responsable o por una compañía de seguros.
- Usted adeudará a Elevate todo monto que el plan no pueda cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de parte de su abogado. Usted acepta pagar a Elevate los honorarios de abogados y los costos que Elevate deba pagar a fin de

cobrar este dinero de usted.

- Elevate no pagará facturas médicas que deberían haber sido pagadas por terceros o por una compañía de seguros.
- Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Divulgación de información médica y de facturación a terceros

Elevate podrá divulgar a terceros su información médica y de facturación, para la adjudicación y la subrogación de reclamos por beneficios de salud. Esto incluye la entrega de registros de procesamiento de reclamos de Elevate, registros de facturación de proveedores y registros médicos de los miembros a terceros, a los representantes legales y a los aseguradores de terceros con el objetivo de determinar la responsabilidad de los terceros y la cobertura de los gastos médicos del miembro.

Jurisdicción

Toda acción iniciada por el miembro, o por Elevate, para interpretar o hacer cumplir los términos del presente plan será entablada ante el Tribunal de Distrito de la ciudad y el condado de Denver, estado de Colorado. Se adjudicarán los honorarios de abogados y los costos legales razonables a la parte ganadora de dicha acción legal.

Información sobre la privacidad confidencial/HIPAA

(HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA] de 1996)

Información

Elevate se compromete a proteger su privacidad. Toda la información de los pacientes es confidencial. Además, no revelaremos ninguna parte de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con ninguna otra persona sin su aprobación. Si desea que discutamos su información con otro familiar, deberá completar el formulario de designación de representante personal (Designation of Personal Representative, DPR) (ver el anexo B en su manual). Puede acceder a su manual a través de nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members o puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 y solicitar que se le envíe una copia impresa por correo.

También puede encontrar la información completa sobre privacidad en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members o puede llamar a Servicios del Plan de Salud y solicitar que se le envíe por correo.

Fecha de entrada en vigencia original: 14 de abril de 2003

Fecha de entrada en vigencia revisada: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÁ USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, ANALÍCELA CON DETENIMIENTO.

Elevate (DHMP), de aquí en adelante colectivamente denominada la "Compañía", respeta la privacidad de su información médica y protegerá su información de manera responsable y profesional. La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica, como así también, que le enviemos este aviso.

Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir esa información con terceros. También le informa sobre sus derechos con respecto a su información médica y cómo puede ejercer esos derechos.

Cuando hablamos de "información" o "información médica personal" en este aviso, nos referimos a la información personal que podría identificarlo o que se relaciona con los servicios de atención médica que usted recibió, el pago de servicios de atención médica que se le brindaron, o información sobre su salud mental o física actual, pasada o futura.

Tenemos la obligación de cumplir los términos de este aviso hasta que sea reemplazado. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y a hacer que el aviso nuevo entre en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos. Cuando se realice una revisión, el nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members o podemos enviarle una copia por correo.

Nuestros usos y divulgaciones

La legislación federal nos permite usar o compartir información médica protegida con objetivos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, sin su autorización.

A continuación se incluyen formas en las que podremos usar o compartir información sobre usted:

- Para pagar sus servicios de salud y asegurar que sus facturas médicas sean enviadas para su pago y manejadas de forma correcta.
- Para ayudar a sus médicos u hospitales a proporcionarle atención médica.
- Para ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Para llevar a cabo operaciones de atención médica tales como actividades de evaluación y mejora de la calidad, coordinación de atención y suscripciones de seguros, o clasificaciones de primas.
- Con otros que llevan a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, consultores que proporcionan servicios legales, actuariales o de auditoría, o actividades de cobro. ***No compartiremos su información con estos grupos externos a menos que ellos estén de acuerdo en mantenerla protegida.***
- Para ciertos tipos de medidas de salud pública o ayuda en caso de catástrofes.
- Para brindarle información sobre tratamientos de atención médica, servicios y programas alternativos que pudieran interesarle, como un programa para bajar de peso.
- Con el patrocinador del plan según sea necesario para la administración del plan.

No compartiremos información médica detallada con el patrocinador de su plan de beneficios de salud por decisiones relacionadas con cuestiones de empleo u otros beneficios. Nunca compartiremos su información genética para fines de subscripción de seguro.

Leyes estatales y federales relacionadas con la información médica personal

También existen leyes estatales y federales que pueden requerir que Elevate use o comparta su información médica sin su autorización. Por ejemplo, podemos usar o compartir su información médica protegida de la siguiente manera:

- Si usted está lesionado o perdió el conocimiento, podemos compartir su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con su familia o amigos para asegurar que usted reciba la atención que necesite y para hablar sobre cómo se pagará la atención.
- Con un representante personal designado por usted mismo o por la ley.
- Con organismos estatales o federales que regulan nuestras actividades, tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance), el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado (Colorado Department of Public Health and Environment) y el Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing).
- Para actividades de salud pública. Esto puede incluir informar sobre brotes de una enfermedad o ayudar con el retiro de productos del mercado.
- Con organismos de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad.
- Con una agencia de supervisión de salud para ciertas actividades de supervisión, como auditorías, inspecciones, licencias y medidas disciplinarias.
- Con un tribunal u organismo administrativo, por ejemplo, en conformidad con una orden judicial o una orden de registro.
- Para objetivos de cumplimiento de la ley o con un oficial de policía.
- Con una autoridad gubernamental sobre abuso infantil, negligencia o violencia doméstica.
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y para trabajar con un director de funeraria o un médico forense.
- Para funciones gubernamentales especiales, como la seguridad nacional.
- Para lesiones relacionadas con el trabajo debido a las leyes estatales de compensación al trabajador.

Los ejemplos mencionados anteriormente no constituyen la lista completa de cómo podemos usar o compartir la información. Se ofrecen para describir en forma general las maneras en que podríamos usar o compartir su información.

Otros usos y divulgaciones de la información médica

Si alguna de las razones anteriores no se aplica, debemos obtener su permiso por escrito (o autorización) para usar o compartir su información médica. Una vez obtenida la autorización, se utilizará o divulgará la PHI solamente de la forma en que usted lo autorice. Si nos da permiso por escrito y más tarde cambia de opinión, puede revocar la autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito que indique que usted desea revocar la autorización. Respetaremos la solicitud de revocación a partir del día en que la recibamos y hasta el punto en que ya no hayamos usado o compartido de buena fe la información con la autorización.

Tampoco usaremos ni divulgaremos su información médica para los siguientes fines, sin su ***autorización*** específica ***por escrito***:

- Para fines de *marketing*. Esto no incluye comunicaciones en persona sobre productos o servicios que pudieran beneficiarlo a usted, y sobre los medicamentos con receta que ya se le recetaron.
- Con el objetivo de vender su información médica. Podemos recibir un pago por compartir su información, por ejemplo, para fines de salud pública, investigación y divulgaciones a usted u a otras personas que usted autorice, siempre que el pago sea razonable y esté relacionado con el costo de brindar su información médica.
- Para recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted cuando realicemos campañas de recaudación de fondos. Avísenos si no desea que nos comuniquemos con usted durante las campañas de recaudación de fondos. Si nos informa por escrito que no desea recibir dichas comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos su información para esos fines.

Sus derechos respecto de la información médica personal

A continuación se incluyen sus derechos con respecto de su información médica. Si desea ejercer los siguientes derechos, comuníquese con el responsable de privacidad por vía telefónica al 303-602-7025, por correo electrónico a privacy@dhha.org o por correo postal o en persona en el siguiente domicilio:

Elevate
Attn: Privacy Officer
938 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, CO 80204

- ***Tiene derecho a solicitarnos restringir la forma en que usamos o divulgamos su información*** para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitarnos restringir la información que se nos ha solicitado entregar a familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de su atención médica. Este tipo de solicitud debe realizarse por escrito a nuestro responsable de privacidad, y debe contener la restricción específica solicitada y a quién se aplicaría dicha restricción.

Tenga en cuenta que si bien intentaremos cumplir con su solicitud, no se nos exige aceptar una restricción. Si aceptamos dicha restricción, no podemos incumplir esa restricción, excepto que sea necesario para permitir que se le brinde atención médica de emergencia o según lo requiera la ley.

Estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción si usted paga por el tratamiento, los servicios, los insumos y las recetas del "desembolso directo" y solicita que no se le comunique la información a su plan de salud para pagos u operaciones de atención médica.

- ***Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales*** de información. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, por teléfono a su casa o a su oficina) o por correo a un domicilio diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y deberemos aceptarlas si usted nos dice que si no lo hacemos, usted estaría en peligro. Toda solicitud de este tipo deberá realizarse por escrito al responsable de privacidad.
- ***Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia*** de la información que mantenemos sobre usted. Usted tiene derecho a obtener esa información en formato electrónico y puede indicarnos que le enviemos una copia directamente a la persona designada por usted, siempre y cuando recibamos una solicitud clara y específica por escrito para hacerlo.

Sin embargo, usted no tiene derecho a acceder a ciertos tipos de información y es posible que decidamos no brindarle copias de la información:

- contenida en notas de psicoterapia (que podrían estar en nuestro poder, aunque es poco probable que suceda);
- compilada con anticipación razonable para una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en estos;
- sujeta a ciertas leyes federales que regulan los productos biológicos y los laboratorios clínicos.

En ciertas otras situaciones, es posible que neguemos su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si negamos su solicitud, le notificaremos por escrito y es posible que le demos el derecho a que se revise la negación.

- ***Tiene derecho a solicitarnos que realicemos cambios*** en la información que mantenemos sobre usted. Estos cambios se conocen como enmiendas. Su solicitud debe realizarse por escrito al responsable de privacidad, y usted debe brindar un motivo para la solicitud. Responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de recepción. Si no podemos actuar dentro de los 60 días, es posible que debamos extender ese plazo un máximo de 30 días

adicionales. Si necesitamos extenderlo, le notificaremos sobre la demora y la fecha en la que completaremos la acción sobre su solicitud.

Si realizamos la enmienda, le notificaremos que fue realizada. Además, le suministraremos la enmienda a cualquier persona que sepamos que ha recibido su información médica de nuestra parte. También le suministraremos la enmienda a cualquier persona que usted nos indique.

Si le negamos su solicitud de enmienda, le notificaremos por escrito el motivo para la negación. Los motivos pueden incluir que la información no haya sido creada por nosotros, no sea parte del conjunto de registros designados, no sea información que esté disponible para inspección o que la información no sea precisa y esté incompleta. La negación explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo. Nosotros tenemos derecho a responder a su declaración. Sin embargo, usted tiene el derecho a solicitar que su solicitud por escrito, nuestra negación por escrito y su declaración de desacuerdo se incluyan con su información para cualquier divulgación futura.

Tiene derecho a recibir un listado de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. No estamos obligados a suministrarle un listado de lo siguiente:

1. cualquier información recopilada antes del 14 de abril de 2003;
2. información divulgada o usada para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
3. información divulgada a usted o en conformidad con su autorización;
4. información que es pertinente a un uso o una divulgación que estuviera permitida de cualquier otra forma;
5. información divulgada para el directorio de un establecimiento o a personas que participan en su atención u otros objetivos de notificación;
6. información divulgada con objetivos de seguridad nacional o inteligencia;
7. información divulgada a instituciones correccionales, oficiales de policía u organismos de supervisión de la salud;
8. información que fue divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitados con objetivos de investigación, salud pública u operaciones de atención médica.

Su solicitud debe realizarse por escrito al responsable de privacidad. Actuaremos en relación con su solicitud de un informe dentro de los 60 días. Es posible que necesitemos tiempo adicional para actuar en relación con su solicitud. De ser así, es posible que nos lleve un máximo de 30 días adicionales. Su primer informe será gratuito. Continuaremos brindándole un informe gratuito, si así lo solicitara, cada 12 meses. Si solicita un informe adicional dentro de los 12 meses de recibir su informe gratuito, podremos cobrarle un cargo. Le informaremos el cargo por adelantado y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud.

Tenga en cuenta que la PHI verbal, escrita y electrónica se protege de manera interna. En caso de una infracción, tenemos la obligación de informar a las personas afectadas acerca de la infracción relacionada con la PHI. Protegemos la PHI guardando la información confidencial en un lugar seguro, adhiriéndonos a las reglas y no discutiendo información personal y confidencial en áreas personales o comunes, y por último, nuestros sistemas informáticos internos encriptarán de manera automática todos los correos electrónicos que contengan PHI. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento, si así lo solicitara.
Las solicitudes para obtener una copia de este aviso deberán dirigirse al responsable de privacidad.

11. Disposiciones generales de la póliza

Preguntas o quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre cómo usamos o compartimos información, o si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con el responsable de privacidad llamando al 303-602-7025, o por correo electrónico a privacy@dhha.org, por correo postal o en persona en el siguiente domicilio:

Denver Health
Attn: Privacy Officer
777 Bannock St., Mail Code 1919
Denver, CO 80204

Puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) en la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights), en 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 877-696-6775.

No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

Como miembro de Elevate

Como miembro de Elevate, usted tiene ciertos derechos conforme a la ley federal.

Derechos de los miembros

Los miembros tienen los siguientes derechos:

- A tener acceso a profesionales y personal que están comprometidos a brindar atención médica de calidad a todos los miembros sin tener en cuenta la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- A recibir atención médica/de salud conductual que se basa en pruebas científicas objetivas y en las relaciones humanas. Una asociación basada en la confianza, el respeto y la cooperación entre el proveedor, el personal y el miembro dará como resultado una mejor atención médica.
- A ser tratado con cortesía, respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- A recibir un tratamiento igual y justo, sin distinción de la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- A elegir o cambiar su proveedor de atención primaria dentro de la red de proveedores, ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria cada vez que un problema de salud le preocupe y buscar una segunda opinión si así lo desea.
- A esperar que sus registros médicos y todo lo que le diga a su proveedor sean tratados de forma confidencial y no se divulguen sin su consentimiento, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley.
- A solicitar y recibir copias de sus registros médicos o limitar el acceso a estos registros, de acuerdo con la ley estatal y federal.
- A pedir una segunda opinión, sin costo alguno para usted.
- A conocer los nombres y los títulos de los médicos, las enfermeras y otras personas que brindan la atención o los servicios para los miembros.
- A sostener una conversación sincera con su proveedor sobre las opciones de tratamientos adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- A participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- A solicitar o rechazar tratamiento hasta donde la ley lo permita y saber cuáles pueden ser las consecuencias.
- A recibir atención de calidad e información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad de Elevate.
- A recibir información acerca de Elevate, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros, así como también recibir la notificación pronta de terminación u otros cambios en los beneficios, servicios o la red de Elevate. Esto incluye cómo obtener servicios durante el horario de atención regular, atención de emergencia, atención fuera de horario, atención fuera del área, las exclusiones y los límites sobre los servicios cubiertos.
- A expresar su opinión sobre Elevate o sus proveedores ante los órganos legislativos o a los medios de comunicación sin temor a perder los beneficios de salud.
- A recibir una explicación de todos los formularios de consentimiento u otros papeles que Elevate o sus proveedores le pidan que firme, a negarse a firmar dichos formularios hasta que los comprenda, a negarse a recibir tratamiento y a comprender las consecuencias de esta decisión, a negarse a participar en proyectos de investigación, a tachar cualquier parte de un formulario de consentimiento que usted no desea que se aplique a su atención, o a cambiar de opinión antes de someterse a un procedimiento para el cual ya haya prestado su consentimiento.
- A instruir a sus proveedores sobre sus deseos en relación con las instrucciones anticipadas (cuestiones como poder notarial, testamento en vida o donación de órganos).

11. Disposiciones generales de la póliza

- A recibir atención en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para afecciones de emergencia y a recibir atención dentro de las 48 horas para afecciones urgentes.
- A contar con los servicios de intérpretes si los necesita al recibir atención médica.
- A cambiar la inscripción durante los períodos en que las reglas y los reglamentos le permiten tomar esta decisión.
    - A tener opciones de remisión que no están limitadas a una cantidad menor que la de todos los proveedores de la red que estén calificados para ofrecer servicios especializados cubiertos; se aplican los costos compartidos correspondientes.
    - A esperar que las remisiones aprobadas por Elevate no se puedan cambiar después de la autorización previa ni se puedan negar posteriormente, excepto en casos de fraude, abuso o modificaciones en su condición de elegibilidad al momento de recibir el servicio.
    - A recibir una remisión permanente de un proveedor de atención primaria para visitar un centro de tratamiento especializado de la red de Elevate por una enfermedad o lesión que requiera atención permanente.
    - A formular recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de Elevate.
    - A expresar una queja o a apelar una decisión relacionada con la organización de Elevate o con la atención brindada y recibir una respuesta de acuerdo con el proceso de quejas/apelaciones.

Derechos de los miembros durante el embarazo y necesidades especiales:

- A recibir los servicios de planificación familiar de cualquier clínica o médico con licencia en la red de Elevate.
- A consultar a cualquier obstetra o ginecólogo que sea parte de la red de Elevate sin necesidad de una remisión por parte de su proveedor de atención primaria.
- A consultar con su proveedor fuera de la red actual para obtener atención prenatal hasta después del parto del bebé si usted se convierte en miembro de Elevate durante su segundo o tercer trimestre. Esto dependerá de que el proveedor fuera de la red acepte los términos de Elevate.

A continuar viendo a su(s) médico(s) o proveedor(es) fuera de la red cuando sea médicamente necesario, hasta 60 días después de convertirse en miembro de Elevate (dependiendo de que el proveedor fuera de la red acepte los términos de Elevate para esta transición).

Responsabilidades de los miembros:

- tratar a los proveedores y al personal con cortesía, dignidad y respeto;
- pagar todas las primas y los costos compartidos aplicables (es decir, deducible, coseguro, copagos);
- concertar y mantener las citas, ser puntual, llamar si va a llegar tarde o si tiene que cancelar una cita, tener su tarjeta de identificación de Elevate disponible en el momento del servicio y pagar los cargos por cualquier beneficio no cubierto; informar sobre sus síntomas y problemas a su proveedor de atención primaria y hacer preguntas, así como participar en su atención médica;
- aprender sobre el procedimiento o tratamiento, y reflexionar sobre ello antes de que se lleve a cabo;
- reflexionar acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento que su proveedor de atención primaria sugiere;
- obtener una remisión por parte de su proveedor de atención primaria antes de consultar con un especialista;
- seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su proveedor;
- proporcionar, en la medida de lo posible, la información y los registros correctos y necesarios que Elevate y sus proveedores necesiten para brindarle atención;
- comprender sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados;
- expresar sus quejas e inquietudes de una manera educada y adecuada;
- aprender y saber sobre los beneficios de Elevate (qué servicios están cubiertos y cuáles no), y comunicarse con un representante de Servicios del Plan de Salud de Elevate en caso de que tenga alguna pregunta;
- informar a los proveedores o a un representante de Elevate cuando no esté satisfecho con la atención o el servicio.

Registros de Elevate

Usted tiene el derecho de examinar, sin cargo, la oficina administrativa u otras ubicaciones específicas de Elevate, así como algunos documentos del plan, como los informes anuales detallados y las descripciones del plan. Puede obtener copias con una solicitud previa por escrito a Servicios del Plan de Salud. Elevate puede cobrar un cargo razonable por las copias.

11. Disposiciones generales de la póliza

Usted también tiene derecho a recibir un resumen del informe financiero anual de Elevate.

Registros médicos de los miembros

Elevate mantiene y preserva la confidencialidad de todos los registros médicos de los miembros de acuerdo con todas las leyes estatales y federales vigentes, incluso la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). De acuerdo con la HIPAA, Elevate podrá usar toda información médica, de facturación y otra información relacionada de los miembros con el objetivo de revisión de la utilización, gestión de atención, revisión de calidad, procesamiento de reclamos, procesamiento de apelaciones, pagos, actividades de cobro y subrogación, auditoría financiera y coordinación de beneficios, en la medida que lo permita la HIPAA. Los miembros autorizan a Elevate a utilizar este tipo de información para las operaciones del plan de salud cuando firman el formulario de inscripción o lo aprueban en Internet. Fuera de estas actividades, Elevate no divulgará ninguna información que pueda indicar, directa o indirectamente, que un miembro está recibiendo o recibió servicios cubiertos, salvo autorización expresa para ello por parte del miembro o de la HIPAA. Elevate les informará a sus empleados, agentes y subcontratistas, si los hubiere, que están sujetos a estos requisitos de confidencialidad.

Los miembros tienen el derecho de inspeccionar y obtener copias de sus propios registros médicos y otra información médica relacionada con ellos que Elevate mantiene.

Para realizar una solicitud, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Los miembros también tienen el derecho de inspeccionar y obtener copias de sus registros médicos que mantengan los proveedores de la red de Elevate. Comuníquese con el proveedor individual para obtener más detalles.

Aviso de prácticas de privacidad

El aviso de las prácticas de privacidad de Elevate se encuentra disponible en el sitio web de Elevate http://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members. Se le enviará un nuevo aviso si hay cambios esenciales en nuestras prácticas. Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso comunicándose en cualquier momento con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Administración de beneficios cubiertos

Según la ley federal, las personas responsables de la operación de Elevate deben desempeñar sus funciones de una manera cuidadosa y concienzuda, y tener en cuenta el interés de todos los miembros. Elevate o sus agentes se esforzarán de manera profesional y constante para administrar el plan de acuerdo con este manual, con las definiciones específicas de los términos utilizados (consulte la sección "Definiciones") y con las leyes estatales y federales aplicables. Elevate lo ayudará a obtener los beneficios para los que usted es elegible. Nadie, ni siquiera su empleador, sindicato, ni ninguna otra persona, pueden despedirlo o discriminarlo para impedir que obtenga los beneficios incluidos en este plan o ejerza sus derechos de acuerdo con la ley.

Aceptación de los términos del manual

Al elegir Elevate, pagar la prima y aceptar los beneficios que se ofrecen, todos los miembros y sus representantes legales aceptan expresamente todos los términos, las condiciones y las disposiciones del plan que se describen en el presente *Manual para miembros*. Como miembro, usted está obligado a recibir los servicios cubiertos a través de la red de Elevate, a menos que su proveedor personal indique lo contrario y Elevate lo autorice.

Declaración afirmativa sobre incentivos

Elevate quiere asegurar a su membresía que todos los beneficios cubiertos están a disposición de sus miembros sin que se tengan en cuenta las ganancias financieras de la reducción en la utilización.

Elevate declara lo siguiente con respecto a las prácticas de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM):

- La toma de decisiones de UM se basa solo en la adecuación de la atención y los servicios, y en la existencia de la cobertura.
- Los profesionales u otras personas no son recompensados por expedir negaciones de cobertura o de servicios de atención.
- Los responsables de tomar decisiones en UM no reciben incentivos financieros para alentar decisiones que resulten en subutilización.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta práctica, no dude en comunicarse con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Relación entre Elevate y los proveedores de la red

Todos los proveedores incluidos en la red de Elevate son contratistas independientes. Estos proveedores no son agentes ni empleados de Elevate. Elevate no es responsable de ningún reclamo o demanda por daños que sean consecuencia de lesiones sufridas por un miembro mientras recibía atención de un proveedor de la red o se encontraba en los establecimientos de un proveedor de la red, o que estén relacionadas con ellas.

11. Disposiciones generales de la póliza

DHMP no emplea medidas de calidad, medidas de experiencia de los miembros, medidas de seguridad del paciente o medidas relacionadas con los costos para elegir hospitales para nuestra red.

Declaración de atención adecuada

El personal y los proveedores de Elevate toman decisiones sobre el tratamiento con base únicamente en la adecuación de la atención y de los servicios. Elevate suscribe las siguientes políticas:

- Elevate no premia al personal ni a los proveedores por expedir negaciones.
- Elevate no ofrece incentivos para fomentar la subutilización.

Si usted cree que un representante o proveedor de la red de Elevate ha violado alguno de los principios mencionados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Conformidad con la ley estatal

Si alguna disposición de este manual no está en conformidad con la ley estatal, dicha disposición será interpretada y aplicada como si estuviera en total cumplimiento con la ley aplicable.

Programa de Mejoramiento de la Calidad

Elevate se esfuerza continuamente por mejorar la calidad de la atención y el servicio para nuestros miembros mediante el control continuo de los servicios. El Programa de Mejoramiento de la Calidad de Elevate:

- Controla y mide el nivel y la calidad de los servicios y la atención.
- Controla el cumplimiento con ciertas medidas preventivas de salud.
- Identifica oportunidades para mejorar la atención del paciente y los servicios.
- Aborda discrepancias conocidas, a través de la intervención y la educación adecuadas.

Visite www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-memberswww.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para obtener más información sobre nuestro Programa de Mejoramiento de la Calidad, por ejemplo, las metas del programa, el progreso hacia las metas, los procesos, los resultados y las mediciones específicas.

Servicios dentales pediátricos

Esta póliza no incluye cobertura de servicios dentales pediátricos según lo requieren la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequibles (The Patient Protection and Affordable Care Act), ley pública 111-148, y la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) de 2010, ley pública 111-152. La cobertura de los servicios dentales pediátricos está disponible en el estado de Colorado y se puede adquirir como un plan independiente. Comuníquese con su compañía aseguradora, su agente de seguros o con Connect for Health Colorado para adquirir un plan que incluya la cobertura dental pediátrica o un plan dental independiente con certificación del Mercado que incluya cobertura dental pediátrica.

Declaración de derechos según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998

Si a usted le han practicado o le practicarán una mastectomía, puede que tenga derecho a recibir ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con las mastectomías, la cobertura se proveerá de una manera determinada y en consulta con el médico a cargo de la atención y el paciente para lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción del seno sobre el que se practicó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- prótesis;
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en Elevate. (Consulte los detalles en la sección “Tabla de beneficios”).

Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Reintegración

Si alguna de las primas de renovación no se paga dentro del tiempo del que dispone el asegurado para realizar el pago, la póliza será reintegrada por una aceptación subsiguiente de la prima por parte de la aseguradora o de cualquier agente debidamente autorizado por la aseguradora para aceptar dicha prima, sin que se solicite en relación con ello una solicitud de reintegración.

La póliza reintegrada debe cubrir los reclamos por servicios

cubiertos y estar vigente luego de la fecha de reintegración. En todos los demás aspectos, el asegurado y el asegurador tendrán los mismos derechos que tenían en virtud de la póliza inmediatamente anterior a la fecha de vencimiento de la prima impaga, sujeto a cualquier disposición respaldada en adelante o agregada a la presente con relación a la reintegración. Toda prima aceptada en relación con una reintegración se aplicará a un período por el que no se haya pagado previamente la prima, pero no a ningún período superior a 60 días previos a la fecha de reintegración.

Nuevas tecnologías

A medida que se identifican nuevas tecnologías o nuevas indicaciones para las tecnologías actuales que pueden tener amplia aplicabilidad para los miembros de Elevate, se reúne un comité ad hoc integrado por expertos en el área que se encuentra bajo evaluación. El comité revisa las evaluaciones de tecnología, los estudios publicados y las deliberaciones de otros paneles de expertos, incluso las decisiones de cobertura por parte de otras compañías de seguros para determinar las pautas de cobertura adecuadas.

Contrato

Esta póliza, incluidos los endosos y los documentos adjuntos, si los hubiere, constituyen el contrato de seguro completo. Ningún cambio a esta póliza tendrá validez hasta que sea aprobado por un director ejecutivo del asegurador y a menos que dicha aprobación sea respaldada en adelante o adjuntada al presente. Ningún agente tiene la autoridad de modificar esta póliza o dispensar ninguna de sus disposiciones.

Declaración de cumplimiento

La política de Elevate para llevar a cabo sus actividades se rige en el cumplimiento de las leyes y los reglamentos de los Estados Unidos y el estado de Colorado, y asegura que Elevate funcione de manera coherente con el espíritu y letra de la ley. Elevate se compromete a cumplir con dichas leyes y reglamentos, y pretende asegurar que sus actividades y operaciones, llevadas a cabo por empleados y otros agentes de Elevate, se realicen en cumplimiento con dichas leyes y reglamentos. En reconocimiento de este compromiso, Elevate desarrolló un Programa Corporativo de Cumplimiento y un Plan de Prevención de Fraudes y Abusos que han sido adoptados y respaldados por la junta directiva de Denver Health Medical Plan. Esperamos que cada empleado, subcontratista, agente y proveedor de Elevate respete y se adhiera al Programa Corporativo de Cumplimiento.

Programa de prevención de fraude, derroche y abuso

Elevate se compromete a asegurar que los miembros del personal, subcontratistas y proveedores de la red presten servicios administrativos y brinden servicios de atención médica de una manera que refleje el cumplimiento de todas las leyes, los reglamentos y las obligaciones contractuales. Además, Elevate se compromete a cumplir con sus obligaciones con honestidad, integridad y altos estándares éticos. Elevate apoya al gobierno federal y estatal en su meta de disminuir las pérdidas financieras por reclamos falsos y tiene como meta personal reducir la posible exposición a sanciones penales, daños civiles y acciones administrativas.

En el contexto del Programa Corporativo de Cumplimiento de Elevate, el fraude se considera como un acto intencional de engaño y tergiversación cometido por una persona para ganar un beneficio no autorizado. El abuso cometido por un proveedor de atención médica hace referencia a actividades que son incompatibles con las prácticas fiscales, comerciales y médicas estándares que resultan en costos innecesarios para un programa de atención médica gubernamental u otro plan de atención médica, o que no cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. El abuso también puede incluir prácticas de los beneficiarios que pueden tener como resultado costos innecesarios para Elevate. Las auditorías se llevan a cabo de forma rutinaria y programada para controlar el cumplimiento de los requisitos reglamentarios.

Elevate utiliza un proveedor externo de *software* de análisis de datos para las revisiones posteriores a los pagos, a fin de evaluar los pagos de los reclamos y verificar la precisión clínica del procesamiento de reclamos de acuerdo con los criterios clínicos de modificación. Este programa de codificación contiene conjuntos de reglas completos que se corresponden con las pautas de la Terminología de Procedimientos Actual, cuarta edición (Current Procedural Terminology 4th Edition, CPT-4), el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en Atención Médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS), la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (International Classification of Diseases, 10th revision, ICD-10), la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), así como también con los estándares del sector, las pólizas médicas y la literatura, y las modificaciones y reglas de la Iniciativa de Codificación Correcta (Correct Coding Initiative, CCI). Se requiere que los proveedores presenten reclamos de acuerdo con estas reglas. La actividad de control de rutina incluye un análisis comparativo de datos en áreas como la de utilización de servicios y resultados. Las revisiones de rutina se focalizan en áreas de alto riesgo o problemáticas identificadas y en asegurar que la documentación coincida con los reclamos presentados. Asimismo, las auditorías se llevan a cabo mediante

la identificación de un área de inquietud que presente un posible abuso o actividad fraudulenta. Dichas remisiones pueden provenir de fuentes internas o externas, tendencias inusuales de reclamos y otros datos, autodivulgaciones de proveedores y otra actividad de control permanente. Elevate busca asegurar la integridad del proceso de facturación y pago de reclamos investigando cualquier fraude o abuso sospechoso. El fraude o abuso de un proveedor incluye lo siguiente:

- facturar más de una vez por el mismo servicio;
- falsificar registros;
- prestar servicios inadecuados o innecesarios;
- tergiversar el diagnóstico de un miembro para justificar los servicios o equipos ofrecidos;
- alterar los formularios de reclamos o los registros médicos para obtener un monto de pago mayor;
- solicitar deliberadamente un pago por duplicado (por ejemplo, facturar a Elevate y al miembro por el mismo servicio o facturar a Elevate y a otro prestador para cobrar dos veces);
- dividir o facturar en partes en lugar de hacerlo por el procedimiento completo;
- calificar el servicio de una manera diferente del prestado o tergiversar el servicio prestado, los montos por los servicios prestados, la identidad de la persona que recibe el servicio, las fechas de los servicios (por ejemplo, indicar falsamente que un profesional de atención médica en particular asistió en un procedimiento);
- facturar o cobrar a miembros por servicios cubiertos que se encuentran fuera de la responsabilidad financiera del copago, coseguro o deducible del miembro.

Elevate utiliza un proveedor externo de *software* de análisis de datos para las revisiones posteriores a los pagos, a fin de evaluar los pagos de los reclamos y verificar la precisión clínica del procesamiento de reclamos de acuerdo con los criterios clínicos de modificación. Este programa de codificación contiene conjuntos de reglas completos que se corresponden con las pautas de la Terminología de Procedimientos Actual, cuarta edición (Current Procedural Terminology 4th Edition, CPT-4), el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en Atención Médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS), la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (International Classification of Diseases, 10th revision, ICD-10), la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), así como también con los estándares del sector, las pólizas médicas y la literatura, y las modificaciones y reglas de la Iniciativa de Codificación Correcta (Correct Coding Initiative, CCI).

Cómo informar inquietudes

Díganos si tiene alguna inquietud relacionada con algún fraude, derroche o abuso, o algún otro tipo de inquietud respecto del cumplimiento. Puede realizar una llamada gratuita y anónima a Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento) (Values Line) o enviarnos una carta por fax o por correo. Cuando elabore un informe, proporcione todos los detalles que pueda brindar. Son muy útiles los nombres, las fechas y la descripción de los asuntos en cuestión. Por ejemplo, puede querer describir la razón por la que usted considera que una actividad es motivo de inquietud. Si es posible, incluya su nombre y número de teléfono. De este modo, podremos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta durante la investigación. Cuando haga un informe anónimo a Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento) (Values Line), se le brindará un número de identificación de llamada y una fecha para que vuelva a llamar. Esto le permitirá brindar información adicional (en caso de ser necesaria) y recibir actualizaciones sobre la condición de la investigación.

Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento)	1-800-273-8452 (disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día). Los informes se pueden hacer de manera anónima.
Número de fax	303-602-2025
Domicilio postal o en persona	Denver Health Enterprise Compliance Services Attn: Compliance Manager 601 Broadway, MC 7776 Denver, CO 80204

12. Cancelación/no renovación/continuación

Cancelación de la cobertura por parte del inscripto

El inscripto puede cancelar esta póliza con 14 días de aviso en ciertas condiciones. El Mercado debe permitir que un inscripto cancele su cobertura en un plan de salud calificado (Quality Health Plan, QHP), incluso si el inscripto obtiene otra cobertura esencial mínima y por otros motivos, de acuerdo con las reglas del Mercado.

Cancelación de la cobertura por parte de Elevate

En ciertas circunstancias, Elevate puede cancelar su cobertura o la de uno o más de sus dependientes. Esas circunstancias se describen a continuación. Si considera que existe un motivo válido por el cual su cobertura o la de un dependiente no debería cancelarse, podrá utilizar el proceso de quejas y apelaciones.

Falta de pago de primas

Si un miembro no paga las primas requeridas o no realiza arreglos satisfactorios para pagar las primas, Elevate puede cancelar la cobertura del miembro con un aviso por escrito, con 31 días de anticipación como mínimo. La cobertura continúa vigente durante los primeros 31 días del período de gracia.

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) requiere que los planes de seguro de salud proporcionen un período de gracia de tres meses antes de cancelar la cobertura para ciertas personas inscritas en un plan de salud adquirido a través del Mercado de Seguros Médicos Individuales. Este período de gracia se aplica a los miembros que reciben asistencia de subsidio federal en forma de una APTC y que han pagado al menos un mes completo de prima durante el año de beneficios. Se activa cuando un miembro que recibe subsidios federales no paga su parte de la prima mensual. Durante el primer mes del período de gracia, el plan seguirá pagando los reclamos elegibles. Durante los meses dos y tres, los reclamos no se procesarán o pagarán a menos que se reciba el pago total de la prima pendiente del miembro al final del período de gracia de tres meses. Si las primas se pagan en su totalidad dentro del período de gracia de tres meses, los reclamos se procesarán. Si la prima no se paga en su totalidad al final del período de gracia, el plan de salud del miembro se cancelará retroactivamente al final del primer mes. Todo reclamo por los servicios recibidos durante el segundo y tercer mes del período de gracia será luego denegado.

Para las personas que no reciben un subsidio federal, el titular de la póliza tiene derecho a un período de gracia de 31 días para cumplir con el pago de cualquier prima adeudada distinta de la primera. La cobertura continúa únicamente durante el período de gracia de 31 días. Si el pago no se hace, el miembro será dado de baja a partir del día 31 después de que comenzó el período de gracia.

Límite de tiempo de ciertas defensas para la cancelación

Dos años después de la fecha de emisión de la presente póliza, no se utilizará ninguna declaración errónea, salvo las declaraciones fraudulentas, hechas por el solicitante en la solicitud de dicha póliza para anularla o para denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la póliza) que comience después de la terminación de ese período de dos años. No se puede cancelar la póliza con carácter retroactivo, salvo en caso de fraude o tergiversación intencional. Para toda cancelación que no sea por fraude o tergiversación intencional, la compañía aseguradora deberá notificar la cancelación de la póliza con treinta días de antelación.

La disposición anterior relativa a las pólizas no afecta ningún requisito legal para la anulación de una póliza o la negación de un reclamo durante ese período inicial de dos años, ni limita la aplicación de la sección 10-16-203 en caso de declaración errónea respecto de la edad u ocupación u otro seguro.

En el caso de una póliza en la que el asegurado tiene derecho a continuar en vigor con sujeción a sus términos mediante el pago oportuno de la prima hasta por lo menos la edad de cincuenta años, o en el caso de una póliza emitida después de los cuarenta y cuatro años, durante por lo menos cinco años después de la fecha de emisión, puede contener, en lugar de lo anterior, la siguiente disposición, en la cual la cláusula entre paréntesis puede ser omitida a elección de la aseguradora, bajo el título "incontestable":

Después de que esta póliza haya estado en vigor durante un período de dos años en la vida del asegurado (excluyendo todo período durante el cual el asegurado esté incapacitado), se vuelve incontestable en cuanto a las declaraciones contenidas en la solicitud.

Rescisión

Podemos cancelar su membresía de forma retroactiva en caso de fraude o tergiversación esencial de un hecho material. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 30 días antes de la cancelación.

Dentro de los 180 días después de recibir nuestra determinación adversa de beneficios en la que se indique que su membresía se cancelará de forma retroactiva, usted debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra cancelación de forma retroactiva de su membresía.

12. Cancelación/no renovación/continuación

Información falsa o engañosa

Si un miembro intenta obtener beneficios de Elevate mediante información falsa, engañosa o fraudulenta, o actos de omisiones para sí mismo o terceros, Elevate podrá cancelar la cobertura del miembro mediante una notificación previa por escrito, con 30 días de anticipación, que incluya los motivos de la cancelación.

Uso incorrecto de la tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación de Elevate es solo para fines de identificación. La posesión de la tarjeta no garantiza elegibilidad ni derechos a servicios o beneficios. El titular de la tarjeta debe ser un miembro por el cual se han pagado todas las primas del plan. Si un miembro permite el uso de su tarjeta de identificación de Elevate a otra persona, Elevate podrá cancelar la cobertura del miembro mediante una notificación previa por escrito, con 30 días de anticipación, que incluya los motivos de la cancelación.

El pago por los servicios recibidos como resultado del uso incorrecto de una tarjeta de identificación de Elevate es responsabilidad de la persona que recibió los servicios.

Interrupción

Si Elevate decide interrumpir la oferta de este plan, en cuyo caso le enviaremos un aviso con la decisión de no renovación al menos 90 días antes de la no renovación, le ofreceremos la opción de adquirir cualquier otro plan de beneficios de salud que ofrezcamos actualmente en este estado y le proveeremos información acerca de los períodos de inscripción especiales.

Avisos, reembolsos y pagos

Usted recibirá un aviso por escrito con 30 días de anticipación si cancelamos su membresía. El aviso incluirá una explicación de la razón por la que su membresía terminará y el momento en que sucederá. Si usted ha pagado vencimientos mensuales que superan la fecha de cancelación, puede ser elegible a un reembolso. Se le pagará cualquier monto que se le adeude por reclamos hechos mientras usted era miembro. Cualquier monto que usted nos adeude se descontará de cualquier pago que nosotros le hagamos a usted.

Como miembro de Elevate, usted tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante una decisión adversa. Revise detenidamente esta importante información. Si usted decide presentar una queja o una apelación, su solicitud debe ser enviada dentro del período prescrito. Si usted no cumple con una fecha límite, podemos negarnos a revisarla. Excepto cuando pueda realizarse una revisión externa simultánea, usted debe agotar las instancias del procedimiento de quejas y apelaciones según se describe a continuación.

Definiciones

Queja: manifestación escrita u oral de insatisfacción acerca de la calidad de la atención que recibe, de la incapacidad de un proveedor o el plan para acomodarse a sus necesidades, una experiencia desagradable, el desacuerdo con una cuestión relacionada con un reclamo, por ejemplo un copago o un coseguro, o cualquier otra cuestión respecto del servicio. A esto también se le llama reclamo.

Determinación adversa de beneficios: una negación de su solicitud de un beneficio previo o posterior al servicio cuando el beneficio haya sido revisado y, sobre la base de la información provista, no cumple con el requisito de DHMP en cuanto a necesidad médica, o no es adecuado, eficaz o eficiente, o no se brinda en un entorno de atención médica o con el nivel de atención adecuado, o es experimental o de investigación.

a. La negación de un servicio que no es un beneficio cubierto por el cual puede presentar pruebas de un profesional médico de que existe un fundamento médico razonable de que la exclusión no se aplica al servicio negado. A esto se lo conoce como exclusión de beneficios.

b. La cancelación de su cobertura por parte del plan de manera retroactiva, excepto como consecuencia de la falta de pago de primas (también se conoce como rescisión o cancelación).

c. La negación de su solicitud de cobertura (o, si corresponde, la de sus dependientes) en un plan individual.

Apelación: una solicitud para que revisemos nuestra determinación adversa de beneficios inicial. Además, cuando negamos una solicitud de atención médica porque está excluida según las reglas de cobertura del plan, y usted presenta pruebas de un profesional médico con licencia en virtud de la Ley de Ejercicio de la Medicina de Colorado (Colorado Medical Practice Act) que actúa conforme al alcance de su licencia de que existe un fundamento médico razonable para que la exclusión contractual no se aplique al beneficio negado, entonces tales pruebas establecen que la negación está sujeta al proceso de apelaciones.

Nombrar a un representante para que actúe en su nombre

Si desea que alguien actúe en su nombre con respecto a su queja o solicitud de apelación, puede nombrar a un representante autorizado. Debe realizar este nombramiento por escrito. Usted puede nombrar a cualquier persona que elija, como un familiar, un amigo, un defensor, un defensor del pueblo, un abogado o cualquier médico, para actuar en su nombre como su representante designado. Para ser nombrado por un miembro, tanto el miembro que realiza el nombramiento como el representante que lo acepta (incluidos los abogados) deben firmar, fechar y completar un formulario de designación de representante personal. Para obtener una copia del formulario de designación de representante personal busque al final del presente *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Una vez recibido el formulario de designación de representante personal, procesaremos su queja o apelación.

Cómo presentar una queja o apelación

Puede presentar una queja por teléfono, fax, en persona o por escrito. Además, puede completar el formulario de quejas y apelaciones de los miembros, que se encuentra al final de este *Manual para miembros*. Usted puede llamar al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department) al número de teléfono que figura a continuación para que le envíen el formulario de quejas y apelaciones de los miembros. DHMP le permite 180 días calendario desde la ocurrencia del acontecimiento para presentar una queja.

Vea a continuación la información sobre los procedimientos para comunicarse con el plan. Tenga en cuenta que las solicitudes de apelación pueden presentarse verbalmente o por escrito. La solicitud de apelación debe contener los siguientes datos: (1) su nombre y número de identificación de miembro, (2) su afección médica o los síntomas relevantes, (3) el servicio específico que está solicitando, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos acreditativos, como los registros médicos, que desea que consideremos en apoyo de su posición.

Elevate
Attn: Grievance and Appeal Department 938
Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, Colorado 80204
Teléfono: (303)-602-2261
Fax: (303) 602-2078
Tenga en cuenta que este es un fax seguro y confidencial.

Proceso de determinación de cobertura inicial

Hay varios tipos de solicitudes de cobertura inicial y cada uno tiene un procedimiento distinto que se describe a continuación.

1. solicitud de determinación de cobertura previa al servicio (urgente y no urgente)
2. solicitud de determinación de cobertura de atención simultánea (urgente y no urgente)

Solicitud de determinación de cobertura inicial previa al servicio (urgente y no urgente)

Las solicitudes previas al servicio hacen referencia a servicios que usted todavía no ha recibido. Si no se recibe autorización antes de recibir un servicio que debe ser autorizado o previamente certificado para que sea un beneficio cubierto, eso puede ser la base de nuestra negación a su solicitud previa al servicio o a un reclamo de pago posterior al servicio. Si recibe alguno de los servicios que está solicitando antes de que tomemos nuestra decisión, su solicitud previa al servicio se convertirá en una apelación posterior al servicio con respecto a los servicios en cuestión.

Díganos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una solicitud para que proporcionemos o paguemos un servicio que aún no recibió. Debe llamar al 303-602-2090, o bien enviar su solicitud al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department) por fax al 303-602-2128 o por correo postal a:

938 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, CO 80204

Si usted quiere que consideremos con carácter de urgencia su solicitud de cobertura inicial previa al servicio, debe informárnoslo en su solicitud. Decidiremos si su solicitud es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su solicitud es urgente. Si determinamos que su solicitud no es urgente, la trataremos como no urgente. En general, una solicitud es urgente solo si al utilizar el procedimiento de solicitudes que no son de urgencia (a) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya estuviera discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin los servicios que está solicitando.

Revisaremos su solicitud y, si contamos con toda la información necesaria, tomaremos una decisión dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 15 días calendario después de que recibamos su solicitud. Podemos extender el tiempo a 15 días calendario más para tomar una decisión si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le notificamos antes de que finalice el período inicial de 15 días calendario y le explicamos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional y cuándo esperamos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, le pediremos la información dentro del período inicial de decisión de 15 días y le daremos 45 días para enviar la información. Tomaremos una decisión en un plazo de 15 días calendario después de recibir la información solicitada (incluidos los documentos) que habíamos pedido. Le sugerimos que envíe la información solicitada en una sola vez, así la podemos tener en cuenta cuando tomemos nuestra decisión.

Si no recibimos ninguna de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro de 45 días después de que enviemos nuestra solicitud, tomaremos una decisión dentro de los 15 días siguientes al final del período de 45 días, basada en la información que tenemos.

Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión a usted y, si corresponde, a su proveedor.

Si su solicitud previa al servicio se considera con carácter urgente, le notificaremos nuestra decisión (ya sea adversa o no), verbalmente o por escrito, dentro de un plazo adecuado a su afección clínica, pero no más tarde de 72 horas después de recibir su reclamo. Dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud, podemos pedirle más información. Le notificaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas de haber empezado a recibir la información solicitada. Si no recibimos ninguna de la información solicitada, entonces le notificaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas posteriores a nuestra solicitud. Si le notificamos nuestra decisión verbalmente, le enviaremos la confirmación por escrito dentro de los 3 días siguientes. Si rechazamos su reclamo (si no estamos de acuerdo con brindar o pagar todos los servicios que solicitó), en nuestro aviso de determinación adversa de beneficios se le explicará por qué rechazamos su reclamo y cómo puede presentar una apelación.

1. Solicitud de determinación de cobertura de atención simultánea (urgente y no urgente)

Las solicitudes de cobertura de atención simultánea son solicitudes para que el plan de salud continúe brindando, o pagando, un tratamiento cubierto en curso que debe brindarse durante un período determinado o una cantidad de tratamientos, cuando está programado que finalice el curso del tratamiento que ya se recibe. Podemos (a) negar su solicitud de extensión de la atención permanente actual autorizada (su solicitud de atención simultánea) o

(b) informarle que la atención autorizada que usted recibe actualmente se va a terminar antes de tiempo y usted puede presentar una apelación a nuestra determinación adversa de beneficios al menos 24 horas antes de que termine su tratamiento cubierto en curso; luego, durante el tiempo en que estamos considerando su apelación, usted puede continuar recibiendo los servicios autorizados. Si continúa recibiendo estos servicios mientras consideramos su apelación y la apelación no da como resultado nuestra aprobación de su solicitud de cobertura de atención simultánea, entonces solo pagaremos la continuación de los servicios hasta el momento en que le notifiquemos nuestra decisión de apelación.

Díganos, por escrito, que desea presentar una solicitud de atención simultánea para un tratamiento cubierto en curso. Infórmenos con detalles las razones por las que su atención permanente autorizada debe continuar o extenderse. Su solicitud y cualquier otro documento relacionado que nos entregue constituirán su solicitud. Si desea que consideremos su reclamo de forma urgente y se comunica con nosotros al menos 24 horas antes de que termine su atención, puede solicitar que revisemos su solicitud de atención simultánea de forma urgente. Decidiremos si su reclamo es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su reclamo es urgente. Si determinamos que su reclamo no es urgente, lo trataremos como no urgente. En general, un reclamo es urgente sólo si al utilizar el procedimiento de reclamos no urgentes (a) pudiera poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya estuviera discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, pudiera causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin extender el tratamiento cubierto en curso; o (c) el proveedor que lo atiende solicita que su reclamo debe considerarse como urgente.

Revisaremos su reclamo y, si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión en un plazo razonable. Si presentó su reclamo 24 horas o más antes de que su atención finalice, tomaremos nuestra decisión antes de que su atención autorizada termine realmente. Si su atención autorizada terminó antes de que usted presentara su reclamo, tomaremos nuestra decisión no más tarde de 15 días después de recibir su reclamo. Podemos extender el tiempo a 15 días calendario más para tomar una decisión si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le enviamos un aviso antes de que finalice el período inicial de decisión de 15 días calendario y le explicamos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional, y cuándo esperamos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, le pediremos la información antes de que termine el período inicial de decisión y le daremos tiempo hasta que su atención esté terminando para enviarnos la información; o bien, si su atención ha terminado le daremos 45 días calendario para hacerlo. Tomaremos nuestra decisión tan pronto como sea posible si su atención no ha terminado, o dentro de los 15 días calendario después de que recibamos por primera vez la información (incluidos los documentos) que habíamos solicitado. Le sugerimos que envíe la información solicitada en una sola vez, así la podemos tener en cuenta cuando tomemos nuestra decisión. Si no recibimos ninguna de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro del plazo establecido después de enviar nuestra solicitud, tomaremos una decisión basada en la información que tenemos dentro del plazo adecuado, que no excederá los 15 días calendario a partir de la finalización del plazo que le dimos para enviar la información adicional.

Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión a usted y, si corresponde, a su proveedor, si así lo solicita. Si consideramos su reclamo simultáneo con carácter urgente, le notificaremos nuestra decisión verbalmente o por escrito tan pronto como lo requiera su afección clínica, pero no más tarde de 24 horas después de haber recibido su apelación. Si le notificamos nuestra decisión verbalmente, le enviaremos la confirmación por escrito dentro de los 3 días calendario después de recibir su reclamo. Si rechazamos su reclamo (si no estamos de acuerdo con brindar o pagar la continuación del tratamiento en curso), en nuestro aviso de determinación adversa de beneficios se le explicará por qué rechazamos su reclamo y cómo puede presentar una apelación.

Proceso de apelación

Reuniones de revisión de apelaciones

Apelación no urgente

Dentro de los 180 días después de recibir nuestro aviso de determinación adversa de beneficios, debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra negación de su determinación de cobertura inicial. Debe incluir lo siguiente: (1) su nombre y número de identificación de miembro, (2) su afección médica o los síntomas relevantes, (3) el servicio específico que está solicitando, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos acreditativos. Su solicitud y los documentos acreditativos constituyen su apelación. Puede enviar sus apelaciones por escrito por correo o por fax al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department). Puede elegir entre una revisión de la apelación por escrito (no puede asistir a la revisión de la apelación por escrito en persona o por teléfono) o una reunión de revisión de apelación (a la que puede asistir en

persona o por teléfono).

Para las revisiones de apelación por escrito:

Al recibir su solicitud de apelación, tomaremos una decisión y le notificaremos en un plazo de 30 días calendario para una apelación previa al servicio o en un plazo de 60 días calendario para una apelación posterior al servicio.

Para una reunión de revisión de apelación

Programaremos una reunión de revisión de apelación en un plazo que nos permita decidir sobre su apelación de manera oportuna pero no más tarde de los 60 días calendario desde la recepción de su solicitud. Se le notificará por escrito el horario de la reunión por lo menos 20 días calendario antes de la fecha de la reunión de revisión de apelación. Usted puede solicitar un aplazamiento de la reunión de revisión de apelación con DHMP.

Usted puede asistir a la reunión de revisión de apelación en persona o por conferencia telefónica, y puede traer asesores, defensores y profesionales de atención médica a la reunión de apelación. A menos que usted solicite asistir a la reunión de apelación en persona o por conferencia telefónica, llevaremos a cabo su apelación como una revisión de archivos. Puede presentar materiales adicionales en la reunión de apelación.

Si se nos solicita, proporcionaremos copias de toda la información que pensamos presentar en la reunión de apelación al menos 5 días antes de la reunión, a menos que surja material nuevo después de esa fecha límite de 5 días. Recibirá una notificación, por escrito, de la decisión del Comité de Apelaciones dentro de los siete (7) días calendario. Si rechazamos su apelación, en nuestro aviso se le informará por qué rechazamos su apelación y se incluirá información sobre derechos de apelación adicionales, incluida la revisión externa que pueda estar a su disposición.

Apelación urgente

Dentro de los 180 días después de recibir nuestro aviso de determinación adversa de beneficios, debe decirnos que desea presentar una apelación urgente a nuestra determinación adversa de beneficios en relación con la solicitud previa al servicio. Debe incluir lo siguiente: (1) su nombre y número de identificación de miembro, (2) su afección médica o los síntomas, (3) el servicio específico que está solicitando, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos acreditativos. Su solicitud y los documentos acreditativos constituyen su apelación. Puede presentar su apelación verbalmente o por escrito al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department). Al solicitar su apelación, usted también puede solicitar una revisión externa simultánea de nuestra determinación adversa de beneficios inicial. Si desea una revisión externa simultánea, debe decírnoslo en su solicitud de apelación.

Usted será elegible para la revisión externa simultánea solamente si su apelación previa al servicio reúne los requisitos para considerarse urgente. Si usted no solicita una revisión externa simultánea en su apelación, entonces puede solicitar una revisión externa después de que tomemos una decisión con respecto a su apelación (consulte “Revisión externa”), si nuestra decisión interna con respecto a su apelación no es a su favor.

Decidiremos si su apelación es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su apelación es urgente. Si determinamos que su apelación no es urgente, la trataremos como no urgente. En general, una apelación es urgente solo si al utilizar el procedimiento de apelaciones no urgentes (a) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya está discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, pudiera causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin los servicios que está solicitando; o (c) el proveedor que lo atiende solicita que su apelación debe considerarse como urgente. Revisaremos su apelación y le notificaremos nuestra decisión en forma oral o por escrito tan pronto como lo requiera su afección clínica, pero no más tarde de 72 horas después de que recibamos su apelación. Si le notificamos nuestra decisión de forma oral, le enviaremos una confirmación por escrito dentro de los 3 días calendario después de eso.

Revisión externa

Después de la recepción de una determinación adversa de beneficios, es posible que tenga el derecho de solicitar una revisión externa. Usted tiene el derecho de solicitar una revisión externa independiente respecto de nuestra decisión si implica una determinación adversa de beneficios en relación con una negación de una solicitud de determinación de beneficios en su totalidad o en parte, que constituye (1) la negación de una autorización previa para un servicio; (2) la negación de una solicitud de servicios sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, adecuado, eficaz o eficiente, o no se brinda en el entorno de atención médica adecuado o con nivel de atención adecuado; o (3) la negación de una solicitud de servicios sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación.

Puede solicitar una revisión externa para la negación de una solicitud de un estándar alternativo o una exención de un estándar que de otro modo sería aplicable a una persona en el marco de un programa de bienestar y prevención que ofrezca

incentivos o recompensas por el cumplimiento de un estándar relacionado con un factor de riesgo para la salud (esto no está sujeto al proceso de apelación interna). Estas solicitudes de revisión no son elegibles para el proceso de revisión externa acelerada.

Puede solicitar una revisión externa si negamos su apelación porque la atención médica que solicita está excluida de su plan de beneficios y usted presenta pruebas por parte de un profesional con licencia de Colorado que establezcan que existe una base médica razonable de que la exclusión no corresponde.

Si nuestra decisión adversa final no implica una determinación o negación adversa de beneficios según se describe en las situaciones anteriores, entonces su solicitud no es elegible para una revisión externa.

Usted no será responsable del costo de la revisión externa. No hay un monto mínimo en dólares para que un reclamo sea elegible para una revisión externa.

Las solicitudes de revisión externa deben presentarse por escrito. Para solicitar una revisión externa, usted debe hacer lo siguiente:

1. Presentar dentro de los 4 meses de la fecha de recepción de la decisión interna de apelación, el formulario completado de la revisión externa independiente de la determinación adversa final de la compañía aseguradora que se enviará con la carta de decisión interna de apelación y la explicación de sus derechos de apelación.
2. Incluir en su solicitud escrita una declaración que nos autorice a divulgar el archivo de su reclamo con su información médica, con inclusión de sus registros médicos. Si no recibimos el formulario de solicitud de revisión externa o el formulario de autorización para divulgar su información médica, entonces no podremos actuar en respuesta a su solicitud. Debemos recibir toda esta información antes de que finalice el plazo correspondiente a su solicitud de revisión externa.
3. Usted puede solicitar una revisión acelerada si (1) usted tiene una afección médica para la cual el plazo de una revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad de recuperar al máximo su función, o bien, usted tiene una discapacidad existente y el plazo de una revisión estándar crearía una limitación inminente y sustancial en su capacidad existente para vivir de forma independiente, o (2) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, el plazo de una revisión estándar podría llevarle a sufrir un dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin los servicios médicos que intenta obtener. Usted puede solicitar una revisión externa acelerada simultáneamente con su apelación interna acelerada. La solicitud de una revisión externa acelerada debe ir acompañada por una declaración escrita de su médico que indique que su afección cumple con los criterios para realizar una revisión externa acelerada. Al momento de presentar su solicitud de revisión externa, usted debe incluir la certificación del médico que indica que usted cumple con los criterios para obtener una revisión externa acelerada y la otra información requerida (descrito anteriormente).

Puede solicitar una revisión externa o una revisión externa acelerada que implique una determinación adversa de beneficios basada en que el servicio es experimental o de investigación si su médico tratante certifica que el servicio o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado será menos eficaz si no se inicia inmediatamente y su médico tratante certifica que (a) los tratamientos o servicios de atención médica estándares no han sido eficaces en mejorar su afección o no son médicamente adecuados para usted, o (b) no hay servicios de atención médica estándar ni tratamiento disponible cubierto según este acuerdo de membresía que sea más beneficioso que el servicio de atención médica recomendado o solicitado (el médico debe certificar que existen estudios científicamente válidos que mediante protocolos aceptados demuestran que es más probable que el servicio de atención médica o tratamiento solicitado sea más beneficioso para usted que los servicios de atención médica estándar o tratamientos disponibles), y el médico es un médico con licencia, certificado o elegible para ejercer en el área de medicina para tratar su afección. Estas certificaciones se deben presentar junto con su solicitud de revisión externa.

Ninguna revisión externa acelerada estará disponible si usted ya recibió la atención médica que origina su solicitud de revisión externa. Si usted no reúne los requisitos para que se realice una revisión externa acelerada, trataremos su solicitud como una solicitud de revisión externa estándar.

Después de que recibamos su solicitud de revisión externa, le informaremos con respecto a la entidad de revisión externa independiente que la División de Seguros (Division of Insurance) seleccionó para llevar a cabo dicha revisión. Si rechazamos su solicitud de revisión externa acelerada o estándar, incluida cualquier afirmación de que no hayamos cumplido con los requisitos correspondientes relacionados con nuestros procedimientos internos de reclamos y apelaciones, entonces le notificaremos por escrito e incluiremos las razones específicas de la negación. Nuestro aviso incluirá información sobre cómo apelar la negación ante la División de Seguros (Division of Insurance). Al mismo tiempo que le enviamos este aviso a usted, le enviaremos una copia de este a la División de Seguros

(Division of Insurance).

Usted no podrá presentar su apelación en persona ante la organización de revisión externa independiente. Sin embargo, usted puede enviar cualquier información adicional que sea sustancialmente distinta de la información proporcionada o considerada durante el procedimiento interno de apelación o reclamos. Si envía información nueva, podemos considerarla y revocar nuestra decisión respecto a su apelación.

Usted puede presentar su información adicional a la organización de revisión externa independiente para su consideración durante la revisión dentro de los 5 días hábiles siguientes a recibir nuestro aviso en el que se indica la organización de revisión independiente que fue seleccionada para llevar a cabo la revisión externa de su reclamo. A pesar de que no está obligada a hacerlo, la organización de revisión independiente puede aceptar y considerar la información adicional presentada después de que este período de cinco días hábiles finalice.

Si DHMP no cumple con cualquier requisito establecido en los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), artículos 10-16-113, artículos, 10-16-113.5, regulación 4-2-17, o regulación 4-2-21, considerará que el proceso interno se ha agotado y podrá solicitar una revisión externa independiente.

Apelación por cancelación retroactiva de la membresía (rescisión)

Podemos cancelar su membresía de forma retroactiva en caso de fraude o tergiversación esencial de un hecho material. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 30 días antes de la cancelación. Dentro de los 180 días después de recibir nuestra determinación adversa de beneficios en la que se indique que su membresía se cancelará de forma retroactiva, usted debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra cancelación de forma retroactiva de su membresía. Debe incluir lo siguiente: (1) su nombre y n.° de registro médico, (2) todas las razones por las que no está de acuerdo con la cancelación de su membresía de forma retroactiva, y (3) todos los documentos acreditativos.

Si tiene preguntas en general sobre las cancelaciones retroactivas de membresías o sobre las apelaciones, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Todas las pólizas de seguro comerciales que ofrece Elevate están redactadas para un período de 12 meses, del 1 de enero al 31 de diciembre, de cualquier año determinado. Durante este período no se realizarán cambios de beneficios ni de tarifas.

Posibilidad de renovación

Se notificará a los miembros acerca de todos los cambios en los beneficios y las tarifas que entran en vigencia para el siguiente año calendario no menos de 60 días antes de que la nueva póliza comience el 1 de enero.

Las pólizas se renovarán automáticamente al final de un año de beneficios, a menos que el miembro se comunique con el plan o con el Mercado para cancelar la inscripción.

Modificación o cancelación de este plan

Elevate no puede modificar este plan en el año de beneficios actual, a menos que dicha modificación sea requerida por un cambio en la legislación.

Abuso de drogas y alcohol, desintoxicación: tratamiento médico de una persona para asegurar la eliminación de una o más sustancias tóxicas del organismo.

La desintoxicación puede estar o no seguida por un programa de rehabilitación completo por abuso de drogas o alcohol.

Abuso de drogas y alcohol, rehabilitación: recuperación de una persona a su funcionamiento normal o casi normal después de una adicción. Esto se puede lograr como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio.

Acontecimiento de cambio de vida calificatorio (Qualifying Life Change Event, QLCE): para la continuidad de la cobertura, un acontecimiento (pérdida del empleo, reducción de horas, etc.) que afecta la elegibilidad de una persona para obtener cobertura

Agencia/atención médica a domicilio: programa de atención que se dedica principalmente a brindar servicios de enfermería especializada u otros servicios terapéuticos a domicilio o en otros lugares de residencia; una agencia de atención médica a domicilio aprobada:

- Cuenta con políticas establecidas por un grupo de personal profesional asociado a la agencia u organización, incluso políticas para determinar qué servicios brindará la agencia.
- Mantiene registros médicos de todos los pacientes.
- Está autorizada o acreditada.

Año calendario: período de 12 meses que comienza a las 12:01 a.m. del 1 de enero y finaliza a las 11:59 p.m. del último día de diciembre

Apelación: solicitud para cambiar una decisión previa tomada por Elevate

Área de servicio: área geográfica en la que un plan de salud posee licencia para vender sus productos

Atención de emergencia: servicios brindados por un establecimiento de atención de emergencia necesarios para diagnosticar y estabilizar a una persona cubierta. El plan debe cubrir esta atención si una persona inexperta prudente con conocimiento promedio de servicios de salud y medicina que actúa de manera razonable considera que existe una afección médica de emergencia o una emergencia que pone en riesgo su vida o la integridad de una extremidad.

Atención de enfermería especializada: atención brindada cuando una enfermera diplomada utiliza su conocimiento profesional para poner en práctica habilidades, dar opiniones y evaluar procesos y resultados. Una enfermera diplomada puede delegar funciones que requieren habilidades limitadas a una persona no profesional. Habilidades de enseñanza, valoración y evaluación son algunas de las diferentes áreas de experiencia clasificadas como servicios especializados.

Atención de mantenimiento: servicios e insumos ofrecidos únicamente para mantener un nivel de función física o mental, y de los cuales no se debe esperar ninguna mejora sustancial

Atención de pacientes agudos: un patrón de atención médica en el cual un paciente es tratado por un episodio inmediato y grave de enfermedad, por un parto, por el tratamiento subsiguiente de lesiones relacionadas con un accidente u otro traumatismo, o durante la recuperación de una cirugía. Generalmente, la atención de agudos se ofrece en un hospital y a menudo es necesaria solo por un corto período de tiempo. La atención de agudos incluye atención de emergencia y de urgencia.

Atención de rutina para el bebé: visita pediátrica del recién nacido y pruebas para evaluar la audición del recién nacido en el hospital. El copago del hospital se aplica a la atención de rutina de la madre y el bebé juntos; no existen copagos separados, salvo que la madre y el bebé sean dados de alta por separado.

Atención de seguimiento: atención recibida después del tratamiento inicial de una enfermedad o lesión

Atención para pacientes crónicos: patrón de atención dedicado a las personas con enfermedades o afecciones persistentes y permanentes. Incluye atención específica para los problemas de salud, al igual que otras medidas para alentar la autoasistencia, promover la salud y prevenir la pérdida de funciones.

Ausente de manera temporal: circunstancias por las cuales el miembro abandonó el área de servicio de Elevate, pero planea regresar dentro de un período razonable de tiempo, como un viaje de vacaciones (fuera de los EE. UU. no está cubierto).

Autorización previa: si fuese aprobada, ofrece una garantía de que el plan pagará un beneficio cubierto médicamente necesario brindado por un proveedor designado para un miembro del plan elegible, y se recibe antes de acceder

a un servicio, tratamiento o atención específicos. Este proceso puede ser iniciado por un proveedor.

Beneficio cubierto: servicio, artículo o insumo médicamente necesario y específicamente descrito como un beneficio en este manual. Si bien un beneficio cubierto debe ser médicamente necesario, no todos los servicios médicamente necesarios son considerados beneficios cubiertos.

Cirugía/procedimiento cosmético: procedimiento electivo realizado solo para preservar o mejorar el aspecto físico, en lugar de recuperar una función anatómica del cuerpo perdida o afectada por una enfermedad o lesión

Complicaciones del embarazo:

1. afecciones (cuando el embarazo no es interrumpido) cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero se ven afectadas negativamente por el embarazo o son causadas por el embarazo, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirá trabajo de parto falso, manchado ocasional, reposo indicado por el médico durante el período de embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia, y afecciones similares asociadas al control de un embarazo complicado que no constituyen una complicación nosológicamente distinta del embarazo;
2. una cesárea no planificada, un embarazo ectópico, que sea interrumpido y la interrupción espontánea de un embarazo que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

Copago: monto predeterminado, típicamente expresado como un porcentaje o un monto fijo en dólares, que el inscripto debe pagar para recibir un servicio o beneficio específico. El copago se vence y es pagadero en el momento de recibir el servicio.

Coseguro: cargo, típicamente expresado como un porcentaje de los gastos elegibles, que usted debe pagar por ciertos servicios de salud cubiertos

Cuidado de custodia: servicios e insumos provistos principalmente para asistir a una persona en las actividades de su vida diaria. Las actividades de la vida diaria incluyen, por ejemplo, el baño, la alimentación, la administración de medicamentos orales, entre otros servicios que pueden ser provistos por personas sin la capacitación de un proveedor de atención médica.

Cuidados paliativos: forma alternativa de atender a personas con enfermedades terminales que pone el énfasis en la atención paliativa en contraposición a la atención curativa o de recuperación. Los cuidados paliativos se concentran en el paciente y la familia como la unidad de atención.

Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después de la muerte del paciente. Los cuidados paliativos no se limitan a la intervención médica, sino que se ocupan de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente. Los servicios de cuidados paliativos incluyen, sin carácter limitativo, enfermería, médico, auxiliar de enfermería con licencia, servicios de enfermería delegados a otros asistentes, ama de casa, terapia física, pastoral, asesoramiento, voluntario capacitado y servicios sociales. El énfasis del programa de cuidados paliativos es mantener al paciente de cuidados paliativos en su casa, rodeado de familiares y amigos en la medida que sea posible.

Deducible del plan familiar: monto del deducible máximo que se requiere alcanzar para todos los familiares cubiertos por la póliza

Deducible por persona: el monto del deducible que deberán pagar usted y cada una de las personas cubiertas por la póliza por los gastos cubiertos permitidos antes de que la compañía aseguradora cubra esos gastos

Deducible: monto que deberá pagar por los gastos cubiertos permitidos conforme a un plan de salud durante un período específico (p. ej., un año calendario o un año de beneficios) antes de que la compañía aseguradora cubra los gastos. Los gastos específicos sujetos al deducible pueden variar según la póliza.

Denver Health and Hospital Authority (DHHA): subdivisión política del estado de Colorado organizada con el objetivo principal de prestar servicios integrales de salud pública y servicios de atención médica a los ciudadanos de la ciudad y el condado de Denver. Elevate es una entidad jurídica independiente de Denver Health Hospital Authority.

Determinación adversa: la negación de una autorización previa para un beneficio cubierto; la negación de beneficios basada en el fundamento de que el tratamiento o el beneficio cubierto no es médicamente necesario, adecuado, efectivo, eficiente o no se brinda en el entorno de atención médica o el nivel de atención adecuados; una rescisión o cancelación de la cobertura que no se atribuye a la falta de pago de primas y que se aplica retrospectivamente; una negación de beneficios basada en el fundamento de que el tratamiento o el servicio es experimental o está en investigación; o una negación de cobertura basada en la determinación de elegibilidad inicial

Emergencia: todo acontecimiento que una persona inexperta prudente consideraría que amenaza su vida o la integridad de sus extremidades de forma tal que necesita atención médica inmediata para prevenir la muerte o un problema grave de salud

Enfermedad: cualquier enfermedad o dolencia del cuerpo, o trastorno mental/nervioso. A los fines del presente plan, el embarazo y el parto son considerados como cualquier otra enfermedad, lesión o afección de salud.

Enfermera/enfermera diplomada/enfermera con licencia: persona titular de una licencia para ejercer como enfermera diplomada (Registered Nurse, R.N.), enfermera vocacional con licencia (Licensed Vocational Nurse, L.V.N.) o enfermera práctica con licencia (Licensed Practical Nurse, L.P.N.) en el estado de Colorado y en ejercicio dentro del alcance de su licencia

Ensayo clínico aprobado: ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleve a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección mortal, y que se describa en alguno de los siguientes subpárrafos:

A. ENSAYOS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO FEDERAL: el estudio o la investigación está aprobado o financiado (lo cual puede incluir el financiamiento mediante contribuciones en especie) por una o más de las siguientes entidades:
   i. Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health)
   ii. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)
   iii. Agencia de Investigación y Calidad de Atención Médica (Agency for Health Care Research and Quality)
   iv. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
   v. los grupos cooperativos o centros de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) o el Departamento de Defensa (Department of Defense), o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs)
   vi. una entidad no gubernamental de investigación calificada, identificada en las pautas establecidas por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health) para subsidios respaldados por los centros

   Cualquiera de las siguientes entidades si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo (2):
   a. Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs)
   b. Departamento de Defensa (Department of Defense)
   c. Departamento de Energía (Department of Energy)

B. El estudio o la investigación se llevan a cabo según una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration).

C. El estudio o la investigación es el ensayo de un medicamento que está exento de presentar una nueva solicitud de medicamento en investigación.

CONDICIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS: las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o una investigación llevados a cabo por un departamento, son que el estudio o la investigación hayan sido revisados o aprobados a través de un sistema de revisión por expertos en el que la Secretaría determina:

B. que es similar al sistema de revisión por expertos de los estudios y las investigaciones que utilizan los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health);

C. que asegura una revisión imparcial de los estándares científicos más altos, por parte de personas calificadas que no tienen intereses especiales en el resultado de la revisión.

Equipo médico durable (DME): equipo médico que puede soportar el uso reiterado, no es consumible ni desechable excepto según se necesite para el uso efectivo del equipo médico durable cubierto y se utiliza con el objetivo de prestar servicios médicos en el tratamiento de una enfermedad o lesión activas. El equipo médico durable puede ser propio o alquilado para facilitar el tratamiento o la rehabilitación.

Establecimiento de enfermería especializada: establecimiento público o privado, licenciado y operado en conformidad con las leyes estatales, que brinda atención y cuenta con:

1. establecimientos permanentes y de tiempo completo para diez o más pacientes residentes;
2. una enfermera diplomada o un médico de tiempo completo a cargo de la atención de los pacientes;
3. por lo menos una enfermera diplomada o enfermera práctica con licencia de turno en todo momento;
4. un registro médico diario para cada paciente;
5. arreglos de traslado con un hospital;

6. un plan de revisión de la utilización.

Establecimiento de tratamiento especializado: a los fines de este plan, los establecimientos de tratamiento especializado incluyen establecimientos quirúrgicos ambulatorios, centro de cuidados paliativos, establecimientos de enfermería especializada, establecimientos de tratamiento de salud mental, establecimientos de tratamiento contra el uso de sustancias o establecimientos de diálisis renal. El establecimiento debe contar con un médico entre su personal o de guardia. Además, el establecimiento debe preparar y mantener un plan de tratamiento por escrito para cada paciente.

Establecimiento quirúrgico ambulatorio: un establecimiento con licencia y que opera de acuerdo con la ley, que no ofrece servicios ni estadía para que un paciente pase la noche. El establecimiento debe contar con un personal médico organizado, mantener los establecimientos permanentes equipados y operados principalmente con el objetivo de realizar procedimientos quirúrgicos, y suministrar servicios de enfermería con profesionales diplomados siempre que un paciente se encuentre en el establecimiento.

Estadía para observación: hospitalización con una duración de 23 horas o menos.

Hospital general: institución de salud planeada, organizada, operada y mantenida para ofrecer establecimientos, camas, y otros servicios durante un período continuo superior a 24 horas a personas que necesitan diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, deformidades, anomalías o embarazo. La institución cuenta con laboratorio clínico, radiografías de diagnóstico y tratamiento médico definitivo dentro del establecimiento a cargo de personal médico organizado. Los establecimientos de tratamiento para servicios quirúrgicos y de emergencia se brindan dentro de la institución o por acuerdo contractual para dichos servicios con otro hospital con licencia. El tratamiento médico definitivo puede incluir obstetricia, pediatría, psiquiatría, medicina física y rehabilitación, radioterapia y tratamientos especializados similares.

Hospitalización parcial/tratamiento de día: tratamiento continuo en un establecimiento de la red durante, por lo menos, 3 horas al día, pero que no supera las 12 horas al día

Lesión: afección que se produce independientemente de una enfermedad o cualquier otra causa y es el resultado de una fuerza externa o accidente

Máximo de desembolso directo: el monto máximo que tendrá que pagar por los gastos cubiertos permitidos en el plan de salud. Este monto incluye los copagos, los deducibles y los coseguros. Los deducibles o copagos específicos incluidos en el máximo de desembolso directo pueden variar según la póliza.

Médicamente necesario (necesidad médica): servicios o insumos que cumplen con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, según se determine: (1) si el servicio es el insumo o el nivel de servicio disponible más adecuado para el asegurado en cuestión, considerando los beneficios y daños potenciales para la persona; (2) si se tiene conocimiento de la efectividad del servicio para mejorar resultados de salud, basados en pruebas científicas, normas profesionales y opinión de expertos; (3) si están basados en pruebas científicas, para aquellos servicios e intervenciones que no forman parte del uso generalizado

Medicamento de marca: medicamento identificado por el nombre comercial dado por el fabricante. Los medicamentos de marca pueden tener sustitutos genéricos que son iguales desde el punto de vista químico.

Medicamento genérico: los medicamentos genéricos son equivalentes químicos a los medicamentos de marca y reemplazan a estos últimos. Cuando un medicamento genérico con calificación A es reemplazado por un medicamento de marca, se puede esperar que el medicamento genérico produzca el mismo efecto clínico y perfil de seguridad que el medicamento de marca.

Medicare: Ley Federal de Seguro de Salud para Personas Mayores y Discapacitadas (Federal Health Insurance for the Aged and Disabled Act), título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) de Estados Unidos

Miembros: suscriptor o dependiente inscrito en Elevate y para quien se paga una prima mensual a Elevate

Pareja de hecho: adulto con quien el empleado mantiene una relación de pareja estable, sin parentesco con el empleado y que comparte los gastos de subsistencia básicos con la intención de que la relación dure indefinidamente. Una pareja de hecho no puede ser pariente consanguíneo hasta un grado que pudiera impedir el matrimonio en Colorado y no puede estar casado con otra persona.

Persona inexperta prudente: persona inexperta que utiliza el buen criterio y la razón

Prima: cargo mensual a un suscriptor por la cobertura de beneficios médicos para el suscriptor y sus dependientes inscritos elegibles

Profesional de atención primaria (proveedor personal): el profesional (médico, enfermera profesional o auxiliar médico) que usted elija de la red de Elevate para supervisar, coordinar y brindarle atención inicial y básica. El proveedor personal inicia las remisiones para la atención de especialistas y mantiene la continuidad de la atención del paciente (generalmente, un médico dedicado a medicina interna, medicina familiar o pediatría).

Proveedor de la red: proveedor de atención médica contratado para ser proveedor en la red de Elevate

Proveedor: un médico o persona que trabaja dentro del alcance de la concesión de licencias estatales o requisitos de certificación correspondientes y posee las credenciales para ejercer como enfermera obstetra certificada (Certified Nurse Midwife, C.N.M), enfermera anestesista certificada y diplomada (Certified Registered Nurse Anesthetist, C.R.N.A.), auxiliar de salud infantil (Child Health Associate, C.H.A.), médico osteópata (Doctor of Osteopathy, D.O.), médico podólogo (Doctor of Podiatry Medicine, D.P.M.), trabajador social clínico con licencia (Licensed Clinical Social Worker, L.C.S.W.), médico (Medical Doctor, M.D.), enfermera profesional (Nurse Practitioner, N.P.), terapeuta ocupacional (Occupational Therapist, O.T.), asistente médico (Physician Assistant, P.A.), psicólogo (Ph.D., Ed.D., Psy.D.), terapeuta físico diplomado (Registered Physical Therapist, R.P.T.), terapeuta respiratorio diplomado (Registered Respiratory Therapist, R.T.), terapeuta del habla (Speech Therapist, S.T.), o cualquier otra persona con licencia o autorización para prestar servicios de atención médica en el estado

Pruebas genéticas: examen de la sangre u otros tejidos para detectar anomalías y alteraciones cromosómicas y del ADN, u otras manifestaciones de anomalías genéticas que podrían indicar un riesgo mayor de manifestar una enfermedad o trastorno específicos

Queja: declaración oral o escrita (reclamo) por parte de un miembro o representante de un miembro que expresa insatisfacción con cierto aspecto de la administración o del servicio de Elevate

Recomendación A del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF): recomendación adoptada por el grupo de trabajo que recomienda encarecidamente que los médicos clínicos brinden servicios de atención médica preventivos ya que el grupo de trabajo descubrió que existe un alto nivel de certeza de que el beneficio neto del servicio preventivo de atención médica es sustancial.

Recomendación B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF): recomendación adoptada por el grupo de trabajo que recomienda que los médicos clínicos brinden servicios de atención médica preventivos ya que el grupo de trabajo descubrió que existe un alto nivel de certeza de que el beneficio neto es moderado o existe una certeza moderada de que el beneficio neto puede ser de moderado a sustancial

Red: grupo específico de médicos, hospitales, clínicas médicas y otros proveedores de atención médica que su plan puede requerir que usted utilice para recibir cobertura en conformidad con el plan, o que el plan puede alentarlo a utilizar. Puede tener un costo compartido menor si utiliza los proveedores de la red (es decir, dentro de la red) que en caso contrario (es decir, fuera de la red).

Remisión permanente: remisión de un proveedor personal a un especialista de la red o a un centro de tratamiento especializado de la red de Elevate por una enfermedad o lesión que requiere atención permanente

Remisión: solicitud escrita, firmada por el proveedor personal de un miembro, que define el tipo, el alcance y el proveedor para un servicio

Representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR): persona que incluye al profesional de atención médica a cargo del tratamiento, autorizada por el miembro para brindar consentimiento en su representación a fin de actuar en nombre del miembro

Revisión de la utilización: conjunto de técnicas formales diseñadas para controlar el uso o evaluar la necesidad clínica, la adecuación, la eficacia, o la eficiencia de los servicios, procedimientos o entornos de atención médica. Las técnicas incluyen revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, gestión de casos, planificación de altas y revisión retrospectiva. Además, la revisión de la utilización debe incluir revisiones con el objetivo de determinar la cobertura basándose en si un procedimiento o tratamiento se considera experimental o de investigación en una circunstancia determinada y las revisiones de las circunstancias médicas de la persona cubierta, cuando sea necesario para determinar si se aplica una exclusión en una situación determinada.

15. Definiciones

Servicio experimental o de investigación: servicio aún no comprobado o no aprobado por un organismo regulador como tratamiento o procedimiento médicamente eficaz

Servicios de habilitación: servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana

Servicios necesarios con urgencia: servicios cubiertos que los miembros necesitan a fin de tratar y prevenir un deterioro grave en su salud, pero que no llegan al nivel de una emergencia

Subrogación: recuperación por parte de Elevate de los costos de los beneficios pagados por Elevate cuando un tercero causa una lesión y resulta responsable del pago de los daños

Suscriptor: el jefe de familia y la base de elegibilidad para la inscripción en Elevate

Telesalud: una forma de prestación de servicios de atención médica a través de sistemas de telecomunicaciones, que incluye tecnologías de información, electrónicas y de la comunicación, para facilitar la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de atención o la autogestión de la atención médica cubierta de una persona cuando la persona cubierta se encuentra en el lugar de origen y el proveedor se encuentra en un lugar distante. El término incluye interacciones sincrónicas y transferencias de almacenamiento y envío.

- **Lugar distante:** lugar en el que un proveedor se encuentra mientras brinda servicios de atención médica a través de telesalud
- **Lugar de origen:** lugar en el que un paciente se encuentra en el momento en que se le brindan servicios de atención médica a través de telesalud
- **Transferencias de almacenamiento y envío:** la transferencia electrónica de la información médica de un paciente o una interacción entre proveedores que ocurre entre un lugar de origen y un lugar distante cuando el paciente no está presente
- **Interacciones sincrónicas:** interacción en tiempo real entre un paciente que se encuentra en el lugar de origen y un proveedor que se encuentra en el lugar distante

Terapia de residencia virtual: servicios intensivos con base en el hogar para clientes y familias, que pueden incluir la gestión de casos integral, terapia de familia, terapia individual, capacitación en habilidades de despedida, asesoramiento para mejorar las habilidades de comunicación y coordinación de casos con otros servicios

USPSTF: Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S Preventive Services Task Force) o una organización que lo suceda, patrocinado por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality), el Departamento de Investigación de Servicios de Salud (Health Services Research Arm) del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (Federal Department of Health and Human Services)

Visita al consultorio: visita con un proveedor de atención médica que tiene lugar en el consultorio de dicho proveedor de atención médica. No incluye la atención brindada en una sala de emergencias, sala para cirugía ambulatoria o departamentos auxiliares (laboratorio y radiografías).

Visita preventiva: los servicios de atención preventiva están diseñados para mantenerlo saludable o para prevenir enfermedades, en lugar de tratar una enfermedad, lesión o afección existente.

Servicios de acceso en distintos idiomas:

(Español) Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Denver Health Medical Plan, Inc. tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1 -855-823-8872.

(Vietnamita) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Denver Health Medical Plan, Inc. quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-823-8872.

(Chino) 如果您或您正在幫助的人有關於Denver Health Medical Plan, Inc. 方面的問題您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息想要跟 一位翻譯員通話請致電 1-855-823-8872.

(Coreano) 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Denver Health Medical Plan, Inc. 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는1---855---823--- 8872로 전화하십시오.

(Ruso) Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Denver Health Medical Plan, Inc. то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-855-823-8872.

(Amárico) እርስዎ፣ ወይምእርስዎየሚያግዙትግለሰብ፣ ስለDenver Health Medical Plan, Inc. ጥያቄካላቸሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላቸሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1---855---823---8872 ይደውሉ።

Inc. بـ للصاادا مهجررمتة مع ثثثددللتحد .تكلفة ةاايبد ددووننن نمم كككبلغتة نننكا كككيبيددلد أأوو ىدلد ىدشد صصخ ددههعاستة نلةقسأأ ووصصصخبد .8872---823---855---1
Plan, Medical Health Denver كككيبيددفلد (Árabe)
ةووررريبررضلاا تتتماووعلووالا ددةةلمساعاا ىعلى ووللصحاالا نإيفة ن إ

(Alemán) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Denver Health Medical Plan, Inc. haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-823-8872 an.

(Francés) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Denver Health Medical Plan, Inc. vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-855-823- 8872.

(Nepalí यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गर्दै, वा कसैलाई मद्दत गर्दै हुनुहुन्छ, Denver Health Medical Plan, Inc. बारे प्रश्नहरू छन् भने आफ्नो मातृभाषामा निःशुल्क सहायता वा जानकारी पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कुरा गर्नुपरे 1-855-823-8872 मा फोन गर्नुहोस् ।

(Tagalog) Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Denver Health Medical Plan, Inc. may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-855-823-8872. (Japanés) ご本人様、またはお客様の身の回りの方でもDenver Health Medical Plan, Inc.

についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料 金はかかりませ ん。通訳とお話される場合、1-855-823-8872 までお電話ください。

(Cushite) Isin yookan namni biraa isin deeggartan Denver Health Medical Plan, Inc. irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1- 855-823-8872 tiin bilbilaa.

Inc. لوسل االرددور دومد ر ،، بهه تتتعالاططو وو كككم كهه دداارريبدد رراا اايننن قح يبددباشد رركاالهةتشددااا شما،، ايبد ىكسد كهه شما بهه اوو كككم ددكنيبميبد
Plan, Medical Health Denver (Persa) .ددماييبيند للصحا سس‌تما 1---855---823---8872 ددماييبيند ططوورر بهه رراا ووددخ ننگارراايبد ننگارريبيافدد تتتررريبيند
ننبازز

(Kru) I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Denver Health Medical Plan, Inc. U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-855-823-8872.

FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES DE LOS MIEMBROS

No es obligatorio completar este formulario. Usted o su representante designado deben presentar esta solicitud dentro de los 180 días de ocurrido el acontecimiento que origina la queja o dentro de los 180 días de la fecha que aparece en la carta de negación inicial para las apelaciones. Adjunte copias de todos los documentos que puedan respaldar su solicitud. Si esto es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) llamando al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo o fax al siguiente domicilio o número:

Denver Health Medical Plan
Attn: Grievance and Appeal Department
938 Bannock Street
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2078
www.denverhealthmedicalplan.org

TIPO DE PLAN DHMP (MARCAR UNO):

Denver Health and Hospital Authority (DHHA)
O Atención médica HMO
O HighPoint HMO
O HighPoint Point of Service (POS)

Policía de Denver
O HighPoint HDHP
O HighPoint DHMO

Ciudad y condado de Denver/
Plan de Jubilación de Empleados de Denver
(Denver Employee Retirement Plan, DERP)
O HighPoint HDHP
O HighPoint DHMO

Planes de salud de Elevate
O Bronze Standard
O Bronze HDHP
O Silver Standard
O Silver Select
O Gold Standard
O Gold Select

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

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

Domicilio particular

Ciudad, estado, código postal N.º de teléfono

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

Si se mencionó anteriormente a una persona que no es el miembro, ingrese la siguiente información sobre la persona que presenta la queja o la apelación. En su solicitud debe incluir un formulario completo de designación de representante personal (Designation of Personal Representative, DPR). Sin este formulario, no podremos procesar su queja o apelación. El formulario de DPR se puede obtener en nuestro sitio web o llamando al 303-602-2261.

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

Domicilio postal

Ciudad, estado, código postal

Relación con el miembro: O Cónyuge O Hijo/Hija O Padre/Madre/Tutor legal
O Proveedor del miembro O Otra (especificar) _____

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

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

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

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

Fecha(s) del servicio: _____

Nombre del proveedor: _____

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

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

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

_____

Firma del miembro Fecha

_____

Firma del representante personal designado Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) de DHMP, llamando al 303-602-2261, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si no podemos responder su llamada, deje un mensaje y le devolveremos la llamada en un plazo de 24 a 48 horas.

Para uso interno solamente. No escriba debajo de esta línea.

Fecha de recepción: _____ O Queja O Apelación Recibida por: _____

Tipo: O Clínica O Posible queja sobre la calidad de la atención (Quality of Care Complaint, QOCC)
O Beneficio O Farmacia O Reclamo O Otro

Página intencionalmente en blanco

Formulario de reembolso para miembros

Planes de salud de Elevate
2021

Nombre del miembro: _____

Domicilio postal: _____

Número de id. del miembro: _____

Fecha(s) del servicio: _____

Código(s) del procedimiento: _____

Código(s) del diagnóstico: _____

PARA AUDÍFONOS PEDIÁTRICOS DENTRO DE LA RED:

_____ menores de 19 años de edad

TENGA EN CUENTA lo siguiente: se deben presentar todos los recibos necesarios junto con el formulario de solicitud de reembolso.

Enviar los reclamos a: Plan de salud de Elevate
Attn: Claims Department
P.O. Box 24631
Seattle, WA 98124-0631