



El documento **Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)** lo ayudará a elegir un **plan** de salud. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamado **prima**) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-823-8872. Consulte el glosario para obtener definiciones generales de términos comunes, como **facturación de saldos**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** o cualquier otro término **subrayado**. Puede consultar el glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llamar al 1-800-823-8872 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuánto es el <b>deducible total</b> ?	\$2,750 por persona/ \$5,500 por familia	Usted debe pagar todos los costos de los <b>proveedores</b> hasta alcanzar el monto del <b>deducible</b> antes de que el <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <b>plan</b> , cada familiar debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los familiares alcance el <b>deducible</b> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios preventivos y primarios están cubiertos antes de que alcance el deducible.	El plan cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del <b>deducible</b> . Es posible que se aplique un <b>copago</b> o un <b>coseguro</b> . Por ejemplo, el <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin costo compartido y antes de que alcance el <b>deducible</b> . Consulte la lista de <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <b>deducibles</b> para servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de desembolso directo</b> de este <b>plan</b> ?	Para <b>proveedores de la red</b> \$7,000 por persona/ \$14,000 por familia	El <b>límite de desembolso directo</b> es lo máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <b>plan</b> , tienen que alcanzar su propio <b>límite de desembolso directo</b> hasta alcanzar el <b>límite de desembolso directo</b> familiar total.
¿Qué no está incluido en el <b>límite de desembolso directo</b> ?	Las <b>primas</b> , los cargos por <b>facturación de saldos</b> y la atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de desembolso directo</b> .
¿Pagará menos si utiliza un <b>proveedor de la red</b> ?	Sí. Visite <a href="http://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor">www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor</a> o llame al 1-855-823-8872 para obtener una lista de los <b>proveedores de la red</b> .	Este <b>plan</b> utiliza una <b>red de proveedores</b> . Pagará menos si utiliza un <b>proveedor</b> de la <b>red</b> del plan. Pagará más si utiliza un <b>proveedor fuera de la red</b> y podría recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación de saldos</b> ). Su <b>proveedor de la red</b> puede utilizar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios. Consulte con su <b>proveedor</b> antes de recibir algún servicio.
¿Necesita una <b>remisión</b> para ver a un <b>especialista</b> ?	Sí.	El <b>plan</b> pagará algunos o todos los costos de consulta a un <b>especialista</b> para recibir servicios cubiertos si usted obtiene una <b>remisión</b> antes de consultar al <b>especialista</b> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son los que corresponden después de alcanzar el [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
Si acude al consultorio de un <a href="#">proveedor de atención médica</a> o a una clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de copago	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$25 de copago	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Visita al consultorio de otro profesional	10% de coseguro para quiropráctico	100% de coseguro	Se debe recibir atención de un proveedor quiropráctico de Columbine. La cobertura se limita a 20 visitas por año.
	<a href="#">Atención preventiva/diagnóstico</a> /vacunas	0% de coseguro	100% de coseguro	-----ninguna-----
Si le hacen una prueba	<a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	10% de coseguro	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computadas/tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Encontrará más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.denverhealthmedicalplan.com">www.denverhealthmedicalplan.com</a> .	Medicamentos genéricos	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$10 de copago 90 días: \$20 de copago  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$20 de copago 90 días: \$40 de copago	100% de coseguro	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  No se aplica deducible.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$35 de copago 90 días: \$70 de copago  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$70 de copago 90 días: \$140 de copago	100% de coseguro	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  No se aplica deducible.
	Medicamentos especializados de marca no preferida/preferidos	Farmacia de Denver Health: 30 días: 5% de coseguro 90 días: 5% de coseguro  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: 5% de coseguro 90 días: 5% de coseguro	100% de coseguro	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 90 días (medicamento con receta de envío por correo).
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	Farmacia de Denver Health: 30 días: 5% de coseguro 90 días: N/C	100% de coseguro	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor);

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
		Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: 5% de coseguro 90 días: N/C		suministro para 90 días (medicamento con receta de envío por correo).
<b>Si usted se somete a cirugía ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	\$150 de copago	\$150 de copago	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	10% de coseguro	10% de coseguro	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$75 de copago	\$75 de copago	-----ninguna-----

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si usted tiene una estadía en el hospital</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
<b>Si necesita servicios relacionados con salud mental, salud conductual o abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	\$15 de copago	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes internados	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
<b>Si usted está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 de copago	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Servicios en centros para el parto/alumbramiento	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales médicas</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 100 días.
	<a href="#">Equipo médico durable</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios en centros de cuidados paliativos</a>	10% de coseguro	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica</b>	Examen ocular infantil	0% de coseguro	100% de coseguro	-----ninguna-----
	Anteojos para niños	0% de coseguro	100% de coseguro	Un par por niño de 18 años o menor cada 24 meses.
	Control dental para niños	100% de coseguro	100% de coseguro	La única cobertura dental es el barniz de flúor en la visita al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (Revise el documento del <a href="#">plan</a> o la póliza para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre esté en peligro)</li> <li>• acupuntura</li> <li>• cirugía plástica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atención a largo plazo</li> <li>• atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atención de rutina de los pies</li> <li>• programas de pérdida de peso</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a> ).		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• cirugía bariátrica</li> <li>• atención quiropráctica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• audífonos</li> <li>• tratamiento de la infertilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• enfermería privada (cuando es médicamente necesaria)</li> <li>• atención oftalmológica de rutina</li> <li>• atención dental (adultos)</li> </ul>

**Sus derechos de continuar con la cobertura:** existen agencias que pueden ser de ayuda si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguro (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) al 1-877-267-2323, interno 61565, o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Tiene a su disposición otras opciones

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate](http://www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate). Consulte el glosario para ver los elementos subrayados. **6 de 10**  
 Puede consultar el glosario en [www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate](http://www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.



para continuar con la cobertura, que incluyen adquirir cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos de presentar quejas y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por la negación de un [reclamo](#). En tal caso, puede presentar una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Explicación de beneficios* que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos del [plan](#) también contienen toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por el motivo que sea a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con: los Planes de salud de Elevate al 1-855-823-8872 o en [www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate](http://www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate), o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de prima](#). Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) que puede ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal de prima](#) que puede ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección. —————

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura por cuenta propia.

**Peg va a tener un bebé.**  
 (9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$2,750
- Copago del [especialista](#): \$25 de copago
- Coseguro del hospital (instalaciones): 10%
- Otro coseguro: 10%

**Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el parto/alumbramiento  
 Servicios en centros para el parto/alumbramiento  
[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonido, análisis de sangre)  
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,750
<a href="#">Copagos</a>	\$40
<a href="#">Coseguro</a>	\$700
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,550</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
 (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$2,750
- Copago del [especialista](#): \$25 de copago
- Coseguro del hospital (instalaciones): 10%
- Otro coseguro: 10%

**Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluidos los servicios de educación sobre enfermedades)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta](#)  
[Equipo médico durable](#) (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$900
<a href="#">Copagos</a>	\$1,600
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,520</b>

**Fractura simple de Mía**  
 (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$2,750
- Copago del [especialista](#): \$25 de copago
- Coseguro del hospital (instalaciones): 10%
- Otro coseguro: 10%

**Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:**

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los insumos médicos)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico durable](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,700
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.



## 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 사람이 Denver Health Medical Plan, Inc. 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1---855---823---8872 로 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፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Denver Health Medical Plan, Inc. ጥያቄዎች ላይ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1---855---823---8872 ይደውሉ።

(Árabe) نناك ككبيدلل ووأأى ددل صصخشه هددعاستة تلتسأأ صصووصخب Denver Health Medical Plan, Inc. ككبيدلل 1---855---823---8872 ب الاتصال

(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 गननुपरे 1-855-823-8872 मा फोन गर्नुहोस् ।

