



**DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN** INC.™

Medicare Advantage

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Denver Health Medical Plan, Inc.

Denver Health Medicare Select (HMO)

Condados de Adams, Denver y Jefferson

Resumen de beneficios 2021

H5608_002SB2021SPv3_M

Acerca de este *Resumen de beneficios*

Gracias por considerar Medicare Advantage de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP). Puede usar este ***Resumen de beneficios*** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos con receta de la Parte D
- quién puede inscribirse
- reglas de cobertura
- obtención de atención

Más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener detalles, consulte la ***Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)***, que se encuentra en nuestro sitio web en denverhealthmedicalplan.org, o solicite una copia a Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual ***“Medicare y usted”***. Véalo en Internet en medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Denver Health Medicare Select (HMO) excepto en situaciones de emergencia. Llame al número de servicio de nuestro plan de salud o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services are available to you at no cost. Please call our Health Plan Services at 303-602-2111 or toll-free 1-877-956-2111. TTY should call 711. Our hours of operation are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

¿Quién puede inscribirse?

Es elegible para inscribirse en este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Tiene derecho a la Parte D.
- Reside en los condados de Adams, Denver y Jefferson.

¿Qué cubrimos?

DHMP cubre todo lo que cubre Medicare Original y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más cobertura de la que ofrece Medicare Original. Algunos de los beneficios se describen en este folleto. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

Reglas de cobertura

Cubrimos los servicios y artículos enumerados en este documento y en la **EOC**, si:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios o artículos se consideran razonables y necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que figuran en nuestro *Directorio de proveedores* y *Directorio de farmacias* (hay excepciones a esta regla).

También cubrimos:

- atención de emergencia
- atención de urgencia
- diálisis fuera del área

Para obtener detalles sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **EOC**.

Obtención de atención

En la mayoría de nuestras instalaciones dentro de la red, generalmente puede obtener los servicios cubiertos que necesita, incluida la atención especializada, la farmacia y los análisis de laboratorio. Para buscar las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro *Directorio de proveedores* en Internet (denverhealthmedicalplan.org/find-doctor) o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Parte C de Medicare (servicios médicos y hospitalarios): qué está cubierto y cuánto cuesta

* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión.

† Se puede requerir autorización previa.

Beneficios y primas	Usted paga
Primas mensuales del plan	\$34.30 por mes, según su nivel de ayuda adicional
Deducible	El deducible de la Parte B es \$0 y se aplica a los servicios dentro de la red. El deducible de la Parte D es \$0 y se aplica a los medicamentos con receta.
Su máxima responsabilidad de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$4,750
Cobertura hospitalaria como paciente hospitalizado* † Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado, así como 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital supera los 90 días, usted	<ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 5: \$300 de copago por día de cada período de beneficio • días 6 al 90: \$0 de copago por día de cada período de beneficio • días 1 al 60: \$578 por días de reserva de por vida <p><i>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales. Excepto en una emergencia, su</i></p>

Beneficios y primas	Usted paga
puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos días adicionales, su cobertura como paciente hospitalizado se verá limitada a 90 días por período de beneficio.	<i>médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital.</i>
Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*†	20% del costo por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare a un centro hospitalario
Centro de cirugía ambulatoria*†	20% del costo para servicios de cirugía para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare y brindados en centros quirúrgicos ambulatorios
Visitas al médico*†	Visita de atención primaria: \$0 Visita al especialista*†: \$25
Atención preventiva	Usted paga \$0 . <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i>
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.	\$80 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.
Servicios de atención de urgencia	\$25 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar su parte del costo de atención urgente y necesaria.
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*† <ul style="list-style-type: none"> • pruebas y procedimientos de diagnóstico • radiografías 	20% del costo <i>Nota: El costo de estos servicios puede ser diferente si se reciben en un entorno de cirugía ambulatoria.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio 	\$0 de copago
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • exámenes de audición de rutina 	\$25 de copago
<ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición de rutina • adaptación de audífonos o examen de evaluación 	\$25 por hasta 1 examen de audición de rutina y 1 examen de evaluación/adaptación cada 3 años
<ul style="list-style-type: none"> • audífonos 	\$1,500 de asignación cada 3 años

Beneficios y primas	Usted paga
<p>Servicios dentales Cobertura dental preventiva e integral</p>	<p>Cubrimos servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental.</p> <p>Preventivo de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • limpiezas (hasta 2 por año calendario) • radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario) • radiografía de boca completa (cada 36 meses) • tratamiento con flúor (un tratamiento por año) • empastes (hasta 2 cada año calendario) <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares 	<p>\$25 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • examen ocular de rutina complementario 	<p>\$25 por hasta 1 cada año</p>
<ul style="list-style-type: none"> • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) 	<p>\$200 de asignación cada año calendario</p>
<p>Servicios de salud mental (como paciente hospitalizado)* †</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 60 días de por vida para la atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios de salud mental como paciente hospitalizado que se brindan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de coseguro durante los días 1 al 5 • \$0 de copago por día durante los días 6 al 90 • \$578 por días de reserva de por vida
<p>Servicios de salud mental (ambulatorios)* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Establecimiento de enfermería especializada* † Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.</p>	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago durante los días 1 al 20 • \$185.50 de copago durante los días 21 al 100

Beneficios y primas	Usted paga
Rehabilitación ambulatoria* † <ul style="list-style-type: none"> servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) servicios de rehabilitación pulmonar (pulmón) 	20% del costo
<ul style="list-style-type: none"> terapia ocupacional 	\$25 de copago
<ul style="list-style-type: none"> terapia física 	\$10 de copago
<ul style="list-style-type: none"> terapia del habla 	\$10 de copago
Ambulancia	20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de ambulancia.
Transporte	\$0 de copago por hasta 35 traslados de ida y vuelta cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	20% del costo
Atención quiropráctica	\$20 de copago Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (si 1 hueso o más de su columna vertebral se salen de lugar)
Servicios e insumos para la diabetes† <ul style="list-style-type: none"> zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes 	20% del costo
<ul style="list-style-type: none"> insumos para diabetes capacitación para el automanejo de la diabetes 	\$0 de copago. <i>Los glucómetros y las tiras reactivas para pacientes diabéticos se limitan a Trividia Health Product. Los glucómetros y las tiras reactivas de otros fabricantes requieren una determinación de la organización.</i>

Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

Algunas personas pueden tener derecho a Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda Extra Help (Ayuda adicional) a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta. Si desea obtener más información o necesita ayuda para realizar la solicitud, llame a nuestro equipo de admisión al 303-602-2999.

Etapas de cobertura inicial

- Después de que pague su deducible anual de **\$0**, usted paga el costo compartido que figura en las tablas a continuación hasta que sus costos anuales de medicamentos lleguen a

\$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan.

Costo compartido minorista estándar

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 Genéricos preferidos	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel 2 Genérico	\$9 de copago	\$18 de copago	\$18 de copago
Nivel 3 Marca preferida	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 Marca no preferida	50% de coseguro	50% de coseguro	50% de coseguro
Nivel 5 Nivel de especialidad	33% de coseguro	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamento selecto	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo compartido estándar en farmacias con envíos por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 Genéricos preferidos	Sin cobertura	\$6 de copago
Nivel 2 Genérico	Sin cobertura	\$18 de copago
Nivel 3 Marca preferida	Sin cobertura	25% de copago
Nivel 4 Marca no preferida	Sin cobertura	50% de copago
Nivel 5 Nivel de especialidad	33% de copago	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamento selecto	Sin cobertura	\$0 de copago

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

Etapas de brecha de cobertura

La etapa de brecha de cobertura es un cambio temporal en el costo de los medicamentos con receta. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,130.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$6,550, que es el fin de la brecha de cobertura.

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo para medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista, de envíos por correo o de entregas a domicilio) alcance \$6,550, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$3.70 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos

Para obtener más información sobre estas etapas, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Como miembro de DHMP, puede obtener sus medicamentos de cualquiera de las siguientes formas:

- **farmacia minorista**
Puede obtener un suministro para 30, 60 o 90 días. Para un suministro para menos de un mes, comuníquese con nosotros al 303-602-2111.
- **farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**
Las farmacias de LTC deben entregar medicamentos de marca por un suministro para menos de 14 días por vez. También pueden entregar un suministro de medicamentos genéricos por menos de un mes por vez. Comuníquese con nosotros al 303-602-2111 si tiene alguna pregunta sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.
- **envíos por correo**
Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.

El plan utiliza un *Formulario de medicamentos*; puede ver el *Formulario de medicamentos* en denverhealthmedicalplan.org o llamar a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 para obtener una copia.