



**DENVER HEALTH
MEDICAID CHOICE**



**Health First
COLORADO**
Colorado's Medicaid Program

Administered by
Denver Health
Medicaid Choice



DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE
OFRECIDO POR DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC.
MANUAL PARA MIEMBROS

>> ÍNDICE

Terminología.....	3	Uso de un representante personal designado (DPR)	19
Números de teléfono importantes	6	Privacidad	20
Consejos rápidos para acceder a la atención en Denver Health.....	7	Formar parte del Foro Asesor del Consumidor	20
¡Bienvenido a DHMC!.....	9	Boletín para miembros de DHMC.....	20
Video de orientación para miembros nuevos	10		
Sus tarjetas de id. de DHMC y Medicaid	10		
Dónde puede recibir atención	12		
1) Cómo funciona su plan.....	13	2) Sus derechos y responsabilidades	21
Cómo obtener información acerca de los proveedores.....	13	Sus derechos.....	21
¿Qué es un PCP?.....	13	Sus responsabilidades	22
¿Por qué es importante su PCP?	13	3) Cómo recibir atención	23
Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC	13	Atención de emergencia.....	23
Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista...	13	Atención de urgencia.....	23
Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios	14	Atención posterior a la estabilización	24
Inscripción y cancelación de inscripción	14	Atención preventiva y de rutina.....	25
Inscripción abierta.....	15	Cómo programar una cita.....	25
¿Cuándo no puede ser miembro de DHMC?.....	16	Normas para citas de DHMC	25
Otro seguro.....	16	Farmacia	25
Facturas médicas	16	Pharmacy by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo)	28
Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación.....	16	4) Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar	29
¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?	17	Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar	29
¿Cuándo no debe pagar por los servicios?..	17	5) Atención médica para la mujer.....	30
Planes de incentivos para médicos	17	Consulta a un obstetra o ginecólogo	30
Lesiones o enfermedades causadas por terceros.....	17	Planificación familiar	30
¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?.....	18	Examen de detección de cáncer de cuello de útero	30
Representante para tomar decisiones	19	Examen de detección de cáncer de mama	30
		Atención durante el embarazo.....	30
		Cómo inscribir a su recién nacido en DHMC..	30
		6) Atención médica para niños	30
		Vacunas para niños y adolescentes.....	31
		EPSDT	32
		Consideraciones o limitaciones especiales	33
		Vacunas contra la gripe	34

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Servicios de intervención temprana.....	34	12) Apelaciones.....	51
7) Programas especiales de atención médica.....	35	¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?	51
Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades de salud especiales	35	Aviso de determinación adversa de beneficios	51
Gestión de casos.....	35	¿Qué es una apelación?.....	52
Gestión de la Utilización de Servicios.....	36	Cómo presentar una apelación	52
Medicamente necesario.....	36	Cómo presentar una apelación acelerada (rápida)	52
Pautas de práctica clínica	37	Después de presentar una apelación	52
8) Sus beneficios de DHMC.....	38	Cómo extender los plazos de las apelaciones.....	53
Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice.....	44	Cómo obtener ayuda para presentar una apelación	53
9) Servicios adicionales	46	Audiencia imparcial estatal	54
Servicios de salud mental	46	Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal	54
Transporte	46	Defensor del Pueblo de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)	55
NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health	46	Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva	56
Beneficios “integrales”	47	FORMULARIOS INCLUIDOS AL FINAL DEL MANUAL:	
10) Calidad	48	• Formulario de coordinación de beneficios	
11) Quejas.....	49	• Formulario de quejas y apelaciones de los miembros	
¿Qué es una queja?	49	• Formulario de nombramiento de representante personal designado	
Qué hacer si tiene una queja.....	49		
Después de presentar una queja.....	49		
Si necesita ayuda para presentar una queja..	50		
Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja	50		

LETRAS GRANDES U OTROS IDIOMAS:

Si necesita este manual en letras grandes, en otros formatos o idiomas, o que se lo lean en voz alta, o necesita una copia, llame al 303-602-2116 o al 1-855-281-2418. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamar de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., sin costo alguno para usted. If you speak English, we have free assistance services available in your language. Call 1-855-281-2418 (State Relay 711).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

>> TERMINOLOGÍA

Afección médica de emergencia: afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluso dolor intenso, y que una persona inexperta con un conocimiento promedio de salud y medicina puede razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría tener las siguientes consecuencias:

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

Apelación: solicitud de revisión de una acción, si se le niega un beneficio o se está en desacuerdo con cualquier decisión respecto del seguro de salud

Atención ambulatoria en el hospital: atención que se brinda en un hospital cuando el paciente no pasa la noche en el hospital o atención en la sala de emergencias cuando no es una emergencia

Atención de enfermería especializada: servicios de atención médica que usted necesita, que solo pueden ser proporcionados o supervisados por una enfermera diplomada u otro profesional con licencia. El médico debe solicitar los servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden ser para mejorar o mantener la salud actual, o para evitar que la salud empeore.

Atención de urgencia: atención médica que se brinda rápidamente ante una enfermedad o lesión que la necesita

Atención en la sala de emergencias: si lo necesita, puede obtener atención de emergencia en cualquier departamento de emergencias, en cualquier parte de los Estados Unidos, las 24 horas del día, todos los días del año. Esto incluye ambulancia y atención en la sala de emergencias.

Atención hospitalaria durante internaciones: atención en un hospital cuando el paciente pasa la noche en el hospital

Atención médica a domicilio: servicios de hospital o establecimiento de enfermería que se brindan en su hogar debido a una enfermedad o lesión

Autorización previa: también conocida como aprobación previa o remisión; se debe obtener aprobación de un servicio antes de recibirlo.

Cobertura de medicamentos con receta: seguro o plan que ayuda a pagar los fármacos y medicamentos con receta

Copago: monto fijo que se paga cuando se obtiene un servicio de atención médica cubierto

Equipo médico durable (durable medical equipment, DME): Equipo médico reutilizable utilizado cuando hay una necesidad médica de tratamiento o terapia para una enfermedad o afección física. Los ejemplos incluyen oxígeno, sillas de ruedas, andadores y equipo de seguridad para el baño o el dormitorio.

Especialista: proveedor que trabaja en un área de la medicina, por ejemplo, un cirujano

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Medicamento necesario o “necesidad médica”: incluye servicios que prevendrán, diagnosticarán, curarán, corregirán, reducirán o mejorarán lo siguiente (o se espera razonablemente que lo hagan). Esto puede incluir la mera observación o ningún tratamiento en absoluto:

- dolor y sufrimiento;
- efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad

Esto incluye cualquier programa, producto o servicio que se ofrezca en el entorno más adecuado conforme al estado del miembro y que no cueste más que otras opciones de tratamiento igualmente eficaces. Los servicios médicamente necesarios deben ser adecuados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración. Los servicios se deben prestar de manera coherente con los estándares aceptados de la práctica médica.

Los servicios médicamente necesarios no incluyen lo siguiente:

- tratamientos que no han sido probados o que aún están siendo probados;
- servicios o artículos que no son generalmente aceptados como eficaces;
- servicios fuera del curso normal y duración del tratamiento, o servicios que no tienen pautas clínicas;
- servicios para la conveniencia del cuidador o del proveedor.

Para obtener información sobre las normas de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), consulte la sección 8.280.4.E. del Código de Reglamentaciones de Colorado (Colorado Code of Regulations, CRR) 10 2505-10.

Medicamentos con receta: medicamentos o fármacos que su médico receta (ordena) para usted. Sirven para tratar una afección o enfermedad.

Médico de atención primaria: médico con licencia para practicar medicina u osteopatía en el estado de Colorado o en el estado en el que se presta dicha atención médica.

Plan de salud: grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para brindarle la atención médica que usted necesita

Plan: grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para brindarle la atención médica que usted necesita

Prima: costo mensual de la cobertura

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): un médico o una enfermera profesional que lo ayude a estar y mantenerse saludable.

Proveedor no participante: proveedor, centro o vendedor que no acepta brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan

Proveedor participante: proveedor que es empleado de un contratista, o tiene un contrato con este, para proporcionar servicios médicos a los miembros del contratista

Proveedor: cualquier médico o grupo de médicos, consultorio médico, hospital, dentista, farmacia, asistente médico, enfermera profesional certificada u otro profesional de atención médica con licencia, certificado o acreditación que haya celebrado un acuerdo de servicio profesional para prestar servicios a los miembros del contratista

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Queja: queja formal que puede presentar si no está satisfecho con su servicio o si cree que fue tratado injustamente

Red: grupo de proveedores contratados para brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan

Seguro de salud: cubre los costos de los controles o si se enferma.

Servicios de atención posterior a la estabilización: servicios cubiertos, relacionados con una afección médica de emergencia, que se prestan después de la estabilización de un miembro para mantener la afección estabilizada o para mejorar o resolver la afección del miembro cuando el contratista no responde a una solicitud de aprobación previa dentro de un plazo de (1) hora, no se puede contactar al contratista o el representante de este y el médico tratante no pueden llegar a un acuerdo sobre la atención del miembro, y un médico de Denver Health no está disponible para consultarlo

Servicios de cuidado paliativo: atención que se centra en la comodidad y el apoyo para personas que se encuentran en la etapa final de la vida

Servicios de emergencia: servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que son proporcionados por un proveedor calificado para brindar estos servicios conforme a Medicaid de Colorado y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia

Servicios del médico: servicios de atención médica que brinda o coordina un médico con licencia (Doctor en Medicina o M.D., o Doctor en Osteopatía o D.O.)

Servicios excluidos: servicios que DHMC no cubre. Para los miembros de 21 años o menores, este servicio puede estar cubierto por beneficios adicionales del estado (Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento [Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT]).

Servicios y dispositivos de habilitación: terapias físicas, ocupacionales y del habla ambulatorias que ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades, y el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios están cubiertos para niños y jóvenes de 20 años o menores, y para algunos adultos. Siempre requieren aprobación previa. Hable con su proveedor para saber si reúne los requisitos.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: terapias físicas, ocupacionales y del habla que lo ayudan a recuperarse de una lesión aguda, enfermedad o cirugía

Transporte médico de emergencia: servicio de ambulancia para una emergencia. Esto incluye ambulancia y atención en la sala de emergencias.

>> NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

EMERGENCIAS: LLAME AL 9-1-1.

Línea de Asesoramiento de Enfermería (Nurse Advice Line): 303-739-1261

Centro de Citas (Appointment Center):

- Para programar una cita: 303-436-4949

Si necesita ayuda o tiene preguntas o inquietudes:

- Servicios del Plan de Salud: 303-602-2116
- Llamada gratuita: 1-855-281-2418
- TTY: 711
- Fax: 303-602-2138

Para renovar sus medicamentos con receta en una farmacia de Denver Health:

- Servicio de renovación de medicamentos con receta: 303-389-1390

Para verificar el estado de su solicitud de autorización de farmacia:

- Departamento de Farmacia: 303-602-2070

Para aclarar dudas acerca de la inscripción/cancelación de inscripción:

- Health First Colorado Enrollment: 303-839-2120
- Fuera del área metropolitana de Denver: 1-888-367-6557

Para obtener información sobre audiencias imparciales estatales:

- Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts): 303-866-2000

Otros números de teléfono:

- Programa de Asistencia Médica de Colorado: 1-800-359-1991
- DentaQuest: 1-800-278-7310
- Departamento de Políticas y Financiamiento de la Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing, HCPF): 1-800-221-3943
- Rocky Mountain Poison and Drug Center (Centro para Tratamiento de Intoxicaciones Rocky Mountain): 1-800-222-1222

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> CONSEJOS RÁPIDOS PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN EN DENVER HEALTH

Denver Health Medicaid Choice es ahora su hogar médico. Usted puede elegir entre las clínicas en el campus principal de Denver Health, los centros de salud comunitarios o varios centros de salud con base en escuelas para recibir su atención médica. Consulte la lista completa de las ubicaciones de la clínica aquí:

<https://www.denverhealth.org/locations>.

Clínicas de atención de urgencia:

- 1) Clínica de Atención de Urgencia para Adultos (Adult Urgent Care) en el campus principal de Denver Health (777 Bannock St.), abierta de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los fines de semana, de 8 a.m. a 7 p.m. En días festivos, el horario de atención es reducido, y puede encontrarlo en <https://www.denverhealth.org/services/emergency-medicine/adult-urgent-care>.
- 2) Clínica de Atención Pediátrica de Urgencia (Pediatrics Urgent Care) en el campus principal de Denver Health (777 Bannock St.), abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- 3) Clínica de Atención de Urgencia para Adultos y Niños (Adult and Pediatric Urgent Care) en el Centro de Salud de la Familia Southwest (Southwest Family Health Center) (1339 S. Federal Blvd.), abierta de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m., y los fines de semana, de 9 a.m. a 4 p.m.; cerrada en días festivos.
- 4) Downtown Urgent Care (Clínica de Atención de Urgencia del Centro) (1545 California St.), abierta de 7 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, y de 9 a.m. a 4 p.m. los fines de semana.
- 5) La atención de urgencia virtual ahora está disponible para todos los usuarios de MyChart de Denver Health mayores de 18 años. Es fácil y práctico obtener la atención de urgencia que necesita desde la comodidad de su hogar, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Obtenga más información aquí: denverhealth.org/services/emergency-medicine/urgent-care/virtual-urgent-care o comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más asistencia y detalles.

Salas de emergencias: Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención médica cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia. A continuación, se incluye una lista de los departamentos de emergencia de Denver Health.

- Sala de Emergencias para Niños (Pediatric Emergency Room) (777 Bannock St.)
- Sala de Emergencias para Adultos (Adult Emergency Room) (777 Bannock St.)
- NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health (asesoramiento médico gratuito), disponible por teléfono al 303-739-1261

Si tiene problemas para encontrar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o si desea cambiar de PCP, llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949**.

Pacientes nuevos:

Si usted no ha sido atendido en una clínica de Denver Health en los últimos 12 meses o si nunca ha visitado una, llame al **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para programar su primera cita.

También puede realizar una visita de atención primaria con STRIDE. STRIDE (anteriormente conocido como Metro Community Provider Network o MCPN) ofrece atención médica, de salud conductual y dental para los miembros. Para hacer una cita con un proveedor, llame al número principal 303-360-6267 o envíe un correo electrónico a <https://stridehc.org/new-patients>.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Pacientes habituales:

Una vez que haya sido examinado en la clínica de Denver Health, usted puede programar una cita en Denver Health en Internet registrándose en MyChart, en <https://mychart.denverhealth.org/mychart/>, o puede llamar al **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para programar todas sus citas futuras. MyChart le permite enviar mensajes a su médico, ver los resultados de las pruebas, renovar medications y programar citas.

Si necesita cancelar su cita, asegúrese de llamar al Centro de Citas de Denver Health para informarles. De ser posible, llame por lo menos un día antes de la fecha de su cita.

A todas sus citas lleve con usted su tarjeta de id. de Denver Health Medicaid Choice y una identificación con foto.

En la mayoría de los casos, usted necesita una remisión de su PCP para ver a un especialista (un proveedor que es experto en una o más áreas de atención médica). Usted no necesita una remisión de un PCP para ver a un especialista en optometría o a un obstetra o ginecólogo.

Llegue a su cita con 15 minutos de anticipación para que tenga tiempo de estacionar y registrarse en la clínica.

Todas las citas pueden hacerse mediante la línea del Centro de Citas de Denver Health. Esto incluye las citas de atención de salud para la mujer, atención primaria, atención especializada y atención oftalmológica. Si tiene problemas para programar su cita, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Denver Health Medicaid Choice (DHMC), llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Su horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

¡Gracias por ser miembro de DHMC! ¡Esperamos ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención médica!

>> ¡BIENVENIDO A DHMC!

¡Bienvenido a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) administrado por Denver Health Medicaid Choice (DHMC)!

DHMC se enorgullece de tenerlo como miembro. Este manual lo ayudará a obtener los servicios que necesite. Es su guía para la atención médica.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si desea obtener más detalles acerca de la estructura y el funcionamiento de DHMC.

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMC. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de proveedores de atención médica que trabajan para DHMC. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos de Denver Health. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en Internet, en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-provider-directory> o puede solicitar un *Directorio de proveedores* en papel llamando a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

Tiene derecho a tener un nuevo *Manual para miembros* y a todos los datos contenidos en este, en todo momento. DHMC proporcionará una copia del *Directorio de proveedores* y del *Manual para miembros* a cualquier miembro que pida materiales por teléfono o por escrito, dentro de los 5 días hábiles de la solicitud. DHMC está aquí para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este manual, o tiene dudas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Este manual, y toda la demás información para miembros, se encuentra disponible en otros idiomas, en braille, en letras grandes y en cintas de audio. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** si necesita este manual o cualquier otra información para miembros en otro idioma o en un formato diferente.

DHMC brinda servicios de interpretación gratuitamente para nuestros miembros en varios idiomas. Si desea utilizar los servicios de un intérprete durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al agente del **Centro de Citas** al programar su cita al **303-436-4949**. Si desea utilizar los servicios de un intérprete para cualquier otra necesidad de atención médica, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

DHMC también ofrece servicios de TTY para aquellos con impedimentos auditivos. El número de teléfono TTY de Servicios del Plan de Salud es 711. Si usted necesita un intérprete de lenguaje de señas u otro tipo de asistencia durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al Centro de Citas antes de la fecha de su cita para poder hacer los arreglos pertinentes con un intérprete.

Como miembro de DHMC, usted debe:

- leer este *Manual para miembros*;
- llamar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) cada vez que usted o su hijo necesiten atención médica;
- acudir a las citas con su PCP y con otros proveedores;
- brindar información honesta acerca de su salud cuando se la pidan su PCP o el personal de DHMC;
- colaborar voluntariamente con su PCP;
- usar los proveedores de la red de DHMC para recibir servicios fuera del consultorio del PCP.

Como su plan de salud, nos comprometemos a:

- resolver problemas mediante el trabajo en equipo y la buena comunicación;
- luchar por la excelencia a través de la mejora continua;
- utilizar nuestro tiempo, talento y recursos de manera responsable y eficaz;
- tratar a todos con cortesía, dignidad y respeto.



Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Video de orientación para miembros nuevos

Vea nuestro video de orientación para miembros nuevos para obtener información importante sobre los servicios y beneficios disponibles a través de su plan de Denver Health Medicaid Choice. Encontrará el video en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice>.

Sus tarjetas de id. de DHMC y Medicaid

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMC al visitar a su proveedor o recoger un medicamento en la farmacia, o para obtener cualquier otro servicio de salud.

DENVER HEALTH MEDICAID CHOICE	
Effective Date:	In Network
Member ID #:	\$0
Name:	Out of Network
Group #:	ER/UC
	\$0
	
MedImpact	
RxBIN: 003585	Language:
RxPCN: ASPROD1	
RxGrp: DHM02	Prior authorization may be
Rx ID #:	required for some services.
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. denverhealthmedicalplan.org	
Health Plan Services: 855-281-2418	<u>Pharmacy Providers</u>
TTY Users: 711	Rx Help Desk/Auths: 303-602-2070
NurseLine: 303-739-1261	MedImpact Help Desk: 800-788-2949
	
Paper Claims: P.O. Box 24711 • Seattle, WA 98124-0711 EDI Payor ID #84133	

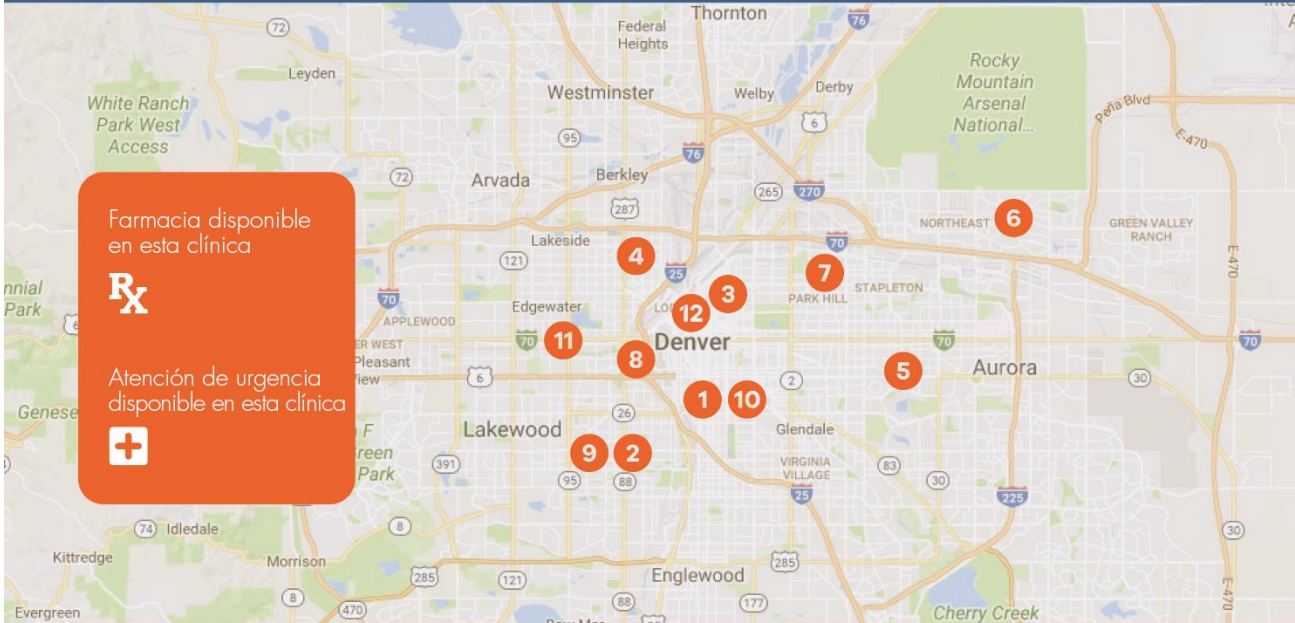
Como miembro de DHMC, solo necesita su tarjeta de id. de Denver Health. Debe colocar su tarjeta de id. de Health First Colorado en un lugar seguro.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.



**DENVER
HEALTH™**
— est. 1860 —

UBICACIONES DE LA RED



1 Wellington Webb Center
for Primary Care
301 W. 6th Ave.
Rx

2 Federico F. Peña Southwest
Family Health Center
1339 S. Federal Blvd.
Rx +

3 Gipson Eastside Family
Health Center
501 28th St.
Rx

4 La Casa/Quigg Newton
Family Health Center
4545 Navajo St.
Rx

5 Lowry Family
Health Center
1001 Yosemite St.
Rx

6 Montbello Family
Health Center
12600 Albrook Dr.
Rx

7 Park Hill Family
Health Center
4995 E. 33rd Ave.
Rx

8 Sandos Westside Family
Health Center
1100 Federal Blvd.
Rx

9 Westwood Family
Health Center
4320 W. Alaska Ave.
Rx

10 Denver Health
Medical Center
777 Bannock St.
Rx +

11 Sloan's Lake
Primary Care Center
4007 W. Colfax Ave.

12 Downtown
Urgent Care
1545 California St.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

Dónde puede recibir atención:

Arriba hay una lista de las clínicas de Denver Health donde puede recibir atención. Estas clínicas forman parte de la red contratada de DHMC. Puede consultar a cualquier proveedor de la red de DHMC. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para su salud. Algunos proveedores especialistas requieren una remisión primero: consulte [Cómo obtener una aprobación o remisión para ver a un especialista](#).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> 1) CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Cómo obtener información acerca de los proveedores:

Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** si desea obtener más información acerca de los proveedores que lo atienden, como su título, formación y licencias que posean.

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es su proveedor habitual que lo atiende durante las visitas programadas habituales.

¿Por qué es importante su PCP?

Su PCP es el primer paso para recibir atención. Esto significa que su PCP es la persona a quien usted puede consultar primero acerca de toda su atención médica. Su PCP es la persona que:

- Le brinda atención médica, lo cual incluye controles, vacunas y recetas.
- Lo remite a un especialista o a otros servicios cuando es necesario.
- Lo interna en el hospital cuando es necesario.
- Mantiene sus registros médicos.

Con un PCP, usted tendrá continuidad en la atención. Eso significa que usted no tendrá que explicar sus antecedentes médicos cada vez que necesite atención. Esto es importante, especialmente si usted tiene alergias o inquietudes sobre salud especiales, ya que su médico ya lo conocerá a usted y sus necesidades.

Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC:

Usted debe elegir a un PCP o a un hogar médico de inmediato. Usted puede consultar el *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de los proveedores y las clínicas de DHMC para elegir a su PCP o su hogar médico de Denver Health. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMC u obténgalo en Internet en <https://www.denverhealth.org/provider-directory>.

Usted debe comunicarse con el **Centro de Citas** al **303-436-4949** para conocer qué PCP o qué hogar médico de Denver Health desea consultar para su atención. Si no escoge un PCP o un hogar médico, DHMC le asignará la clínica familiar de DH más cercana. En “Dónde puede recibir atención” de este manual, hay una lista de todas las clínicas de DH.

Puede cambiar su PCP o su hogar médico de Denver Health en cualquier momento. Llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949** y dígame que necesita cambiar su PCP o su hogar médico.

La red STRIDE también es una opción para programar una cita con el PCP. Si desea consultar a un PCP de la red STRIDE, programe una cita llamando al número principal al: 303-360-6267 o envíe un correo electrónico: <https://stridechc.org/new-patients>.

Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista:

Necesita la aprobación (o remisión) de su PCP para consultar a algunos tipos de especialistas (proveedores que son expertos en una o más áreas de atención médica). Una aprobación o una remisión es lo que su PCP utiliza para solicitar la aprobación de DHMC para que usted consulte a determinados especialistas.

Es necesario obtener una aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de ver a cualquier proveedor o especialista fuera de DHMC.

Usted no necesita una aprobación:

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMC;
- para consultar a un obstetra o ginecólogo (un proveedor que solamente trata a mujeres debido a razones reproductivas) de DHMC para exámenes anuales;
- para servicios de planificación familiar o proveedores de planificación familiar (dentro o fuera de DHMC);
- para atención de emergencia o urgencia (dentro o fuera de DHMC).

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información acerca de las aprobaciones.

Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios:

DHMC le comunicará por escrito siempre que haya un cambio sustancial (grande e importante) en cualquiera de los siguientes puntos:

- sus derechos a cancelar la inscripción;
- información de proveedores;
- sus derechos y protecciones;
- procesos de queja, apelación o audiencia imparcial estatal;
- beneficios disponibles para usted a través de DHMC;
- beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMC;
- cómo obtener sus beneficios, incluidos los requisitos de autorización y beneficios de planificación familiar;
- servicios de atención de emergencia, urgencia y posteriores a la estabilización;
- aprobaciones para atención especializada;
- costos compartidos;
- objeciones morales y religiosas.

DHMC le comunicará acerca de estos cambios con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia prevista para estos cambios.

Inscripción y cancelación de inscripción:

Ser miembro de DHMC es su opción. Usted puede cancelar su inscripción de DHMC en los siguientes casos:

- Usted es un miembro nuevo de DHMC y ha estado en DHMC durante 90 días o menos.
- Usted se encuentra en su período de inscripción abierta (consulte la sección “Inscripción abierta” de este manual para obtener más detalles).
- Usted pierde su período de inscripción abierta porque perdió su elegibilidad para recibir los beneficios Medicaid durante un período corto de tiempo.

Usted (o DHMC) también pueden pedir que se cancele la inscripción en DHMC en cualquier momento por las siguientes razones:

- Se muda del área de la red de DHMC (condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver).
- DHMC no es capaz de brindarle servicios debido a cualquier objeción moral o religiosa.
- Usted necesita recibir dos (2) o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no se encuentra cubierto por la red de DHMC, y su proveedor le informa a DHMC que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMC por error.
- Usted siente que la calidad de la atención médica que recibe es pobre, no tiene acceso a los servicios de DHMC ni a los tipos de proveedores que usted necesita, y Health First Colorado está de acuerdo.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- Su PCP abandona la red de DHMC.
- Usted es un residente de atención médica institucional a largo plazo (como un centro de cuidados paliativos o un establecimiento de enfermería especializada).
- Su seguro primario es un plan de Medicare que no es uno de los planes de Medicare de Denver Health (y DHMC es su seguro secundario).
- Usted es menor de edad bajo la custodia del estado.
- Usted se encuentra con atención médica a largo plazo con base en la comunidad (atención médica que recibe en su hogar o en su comunidad).
- Otras razones aprobadas por Health First Colorado.

DHMC posiblemente le pida que cancele su inscripción en el plan de DHMC. DHMC puede obtener permiso de Health First Colorado para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted ya no es un residente permanente en el área de servicio de DHMC, o ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMC por noventa (90) o más días consecutivos.
- Lo internan en una institución debido a una enfermedad mental o adicción a las drogas.
- Lo alojan en una institución correccional (cárcel, prisión).
- Usted posee cobertura de salud distinta de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).
- Usted se encuentra en un plan de Medicare u otro plan de salud que no es un plan de DHMC.
- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño o recibir los beneficios de Medicare.
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMC intencionalmente acerca de usted mismo, y dicha información afecta su condición de inscripción.
- Cualquier otra razón dada por DHMC y con la que Health First Colorado esté de acuerdo.

Su proveedor puede pedirle que cancele su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted falta continuamente a las citas que programa para consultar a su proveedor.
- No respeta el plan de tratamiento que acordaron usted y su proveedor.
- No respeta, como miembro, las reglas de DHMC (listadas como “Sus responsabilidades” en este manual).
- Es abusivo con sus proveedores, el personal de DHMC u otros miembros de DHMC.

DHMC debe darle una (1) advertencia verbal antes de que pueda pedir la cancelación de su inscripción por estas razones. Si continúa con su comportamiento, DHMC le enviará una notificación por escrito. La advertencia por escrito lo notificará acerca de la razón de la advertencia. También le comunicará que se cancelará su inscripción en DHMC si continúa con su comportamiento.

Si usted es abusivo con su proveedor, el personal de DHMC u otros miembros de DHMC, DHMC le dará una advertencia verbal y posiblemente cancelará su inscripción sin enviar una carta de advertencia.

Para inscribirse o cancelar su inscripción en DHMC debe comunicarse con **Health First Colorado Enrollment** al **1-888-367-6557**.

Inscripción abierta:

Tiene un plazo de dos (2) meses (los 2 meses anteriores a su mes de cumpleaños) para cambiarse de DHMC a un plan de salud diferente por cualquier motivo. Este plazo se conoce como período de inscripción abierta.

Durante este tiempo usted puede optar por permanecer en DHMC o elegir un plan de salud diferente.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

¿Cuándo NO puede ser miembro de DHMC?

Usted no puede recibir servicios a través de DHMC cuando:

- Usted pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).
- Se muda de Colorado durante más de treinta (30) días.
- Se une a otro plan de salud.
- Se muda a un condado fuera del área de servicio de DHMC (condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson).

Otro seguro:

Si, actualmente, usted tiene otro seguro de salud o más tarde se inscribe en otro plan de seguro de salud, debe notificar a DHMC llamando a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o completar el formulario que aparece al final de este manual y enviarlo al domicilio que se menciona en el formulario. Puede encontrar formularios adicionales en Internet en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordination-benefits>. Su inscripción en un plan de salud integral distinto de DHMC puede hacer que se cancele su inscripción en DHMC.

Facturas médicas:

DHMC paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMC. Posiblemente deba pagar por un servicio si DHMC no lo cubre. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si recibe una factura de un proveedor.

Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación:

La mayoría de los proveedores de atención médica que trabajan con Health First Colorado son honestos. Por desgracia, posiblemente algunos no lo sean. Health First Colorado trabaja para protegerlo a usted. El fraude a Health First Colorado sucede cuando se factura a Health First Colorado por servicios o insumos que usted nunca recibió. Cada año, Health First Colorado pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención médica sea más cara para todos.

Estos son ejemplos de posibles fraudes a Health First Colorado:

- Un proveedor de atención médica le factura a Health First Colorado servicios que usted nunca obtuvo.
- Un proveedor de suministros le factura a DHMC por un equipo diferente al que usted recibió.
- Alguien utiliza la tarjeta de Health First Colorado de otra persona para obtener atención médica, insumos o equipos.
- Alguien le factura a Health First Colorado por equipos médicos a domicilio después de que estos han sido devueltos.
- Una empresa utiliza información falsa para engañarlo a que se una a un plan de Health First Colorado.

Si cree que un plan o proveedor de Health First Colorado lo ha engañado, comuníquese con la **Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit, SIU)** de **DHMC** al **1-800-273-8452** o envíe un correo electrónico a complianceDHMP@dhha.org.

Guarde los comprobantes de pago que le den los proveedores cuando reciba servicios de atención médica. Use sus recibos de pago para controlar si hay errores. Esto incluye cualquier registro que liste los servicios que recibió o los pedidos de medicamentos que presentó. Esto es lo que puede hacer si sospecha de fraude en la facturación:

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- 1) Comuníquese con su proveedor de atención médica para asegurarse de que el comprobante de pago esté correcto.
- 2) Llame a la **Unidad de Investigaciones Especiales (Special Investigations Unit)** de DHMC al **1-800-273-8452**.
- 3) Comuníquese con el **Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing)** de Colorado llamando al **303-866-2993** o al **1-800-221-3943**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-659-2656**.
- 4) Comuníquese con la línea directa del **Inspector General** llamando al **1-800-447-8477**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-377-4950**. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov.

¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?

- si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos de América;
- si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto;
- si no respeta las reglas de la farmacia;
- si hay un fraude o el servicio va en contra de la ley.

Si necesita ayuda para decidir si un servicio o un proveedor se encuentra cubierto por DHMC, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

¿Cuándo no debe pagar por los servicios?

Si un proveedor no obtiene la aprobación de DHMC cuando usted recibe servicios, no puede solicitarle que pague por dichos servicios. Los proveedores no pueden hacerle pagar porque no recibieron el pago por parte de DHMC por los servicios que usted recibió.

Planes de incentivos para médicos:

DHMC no utiliza un plan de incentivos para médicos. Esto significa que DHMC no les paga más dinero a los proveedores para que usted reciba menos servicios de atención médica ni les paga menos dinero a los proveedores que le brinden más servicios de atención médica. Si desea obtener más información sobre esto, llame a Servicios del Plan de Salud.

Lesiones o enfermedades causadas por terceros:

Un tercero puede causarles lesiones o enfermedades. 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 que:

- Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice puede cobrarle los beneficios directamente a la parte responsable o a la compañía de seguros de la parte responsable.
- Usted comunicará a DHMC, dentro de los 30 (treinta) días de haberse lesionado o enfermado, 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 del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
- Usted o su abogado notificarán a la compañía de seguros de la parte responsable que DHMC ha pagado o está en el proceso de pagar sus facturas médicas.
- La compañía de seguros debe comunicarse con DHMC para discutir el pago a DHMC.
- La compañía de seguros debe pagarle a DHMC antes de pagarle a usted o a su abogado.
- Ni usted ni su abogado deben llegar a un acuerdo con la compañía de seguros para que no pague por completo a DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía de seguros hasta que DHMC haya recibido la totalidad del pago. 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 la compañía de seguros le paga a usted o a su abogado, y no a DHMC, usted o su abogado tendrán que pagarle a DHMC hasta haber saldado la deuda por los beneficios. DHMC no abonará los honorarios de su abogado ni los costos en los que se haya incurrido para cobrar el dinero del seguro.
- DHMC tendrá una retención automática (el derecho a cobrar) sobre cualquier dinero del seguro que la compañía de seguros le deba a usted o que haya sido pagado a su abogado. DHMC podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
- DHMC le dará a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMC necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar un permiso para proveer los registros de DHMC a la compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualesquiera otros papeles que ayuden a DHMC a recibir su pago.
- Usted y su abogado le darán a DHMC cualquier información acerca de su reclamo contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMC acerca de cualquier acuerdo con, o demandas contra, la parte responsable y la compañía de seguros del tercero.
- Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMC para cobrar por parte de la compañía de seguros los beneficios pagados.
- Usted le deberá a DHMC cualquier dinero que DHMC sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted accede a pagar a DHMC los honorarios de abogados y costos que DHMC deba pagar para poder cobrarle este dinero a usted. Si usted o su abogado no colaboran, o interfieren en el cobro de los beneficios pagados por DHMC, DHMC se comunicará con el estado de Colorado y pedirá la cancelación de su inscripción en DHMC por esta causa y que se le inscriba en Medicaid Fee-for-Service.
- DHMC no pagará ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por un tercero o por la compañía de seguros.
- Usted debe respetar las reglas de la otra compañía de seguros para que paguen sus facturas médicas. DHMC no pagará ninguna factura médica que la otra compañía de seguros no haya pagado debido a que usted no respetó sus reglas.

Si tiene alguna pregunta, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?

Las instrucciones médicas anticipadas (o instrucciones, para abreviar) son instrucciones específicas, hechas de antemano, que se utilizan para su atención médica si usted es incapaz de hacerlo debido a una enfermedad, una lesión o una afección que pone en riesgo la vida. Mediante estas instrucciones, también se puede nombrar a alguien (autorizarlo) para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas (o no puede decirle a alguien que las tome).

Las instrucciones solo se utilizan cuando un paciente es incapaz de hacer conocer sus deseos. **No es obligación que usted cree unas instrucciones médicas anticipadas.** Usted no será tratado de manera diferente por parte de DHMC por tener o no instrucciones anticipadas.

Completar instrucciones de forma 'anticipada' ayuda a proteger sus derechos de recibir la atención y los servicios que usted quiere. Les dice a sus proveedores médicos qué tipo de atención usted desea o no recibir. Los formularios pueden ser fáciles de completar, pero la información puede ser confusa y debe ser pensada con

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

mucho cuidado. Es importante que hable con familiares y con profesionales legales, de la salud u otros antes de firmar cualquier documento.

Estos son algunos tipos de formularios de instrucciones médicas anticipadas:

- Testamento en vida: Este formulario les dice a los proveedores médicos qué tipo de atención usted quiere o no recibir en situaciones en las que su vida está en riesgo.
- Poder notarial permanente sobre la atención médica (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA): Este formulario le permite nombrar (autorizar) a alguien para que tome las decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- Cinco deseos: Este formulario le permite pensar en “cinco deseos” o áreas de atención, y tomar decisiones que sean las mejores para usted.

Una vez que haya pensado acerca de sus deseos, escríbalos en uno de los formularios en

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-forms-documents-links> y avíseles a los demás.

Asegúrese de que se agregue el formulario completo a su registro médico. Guarde copias en su casa y asegúrese de que aquellos que usted haya nombrado también tengan una copia. Revise sus deseos de vez en cuando para recordarles a todos y mantener los formularios al día.

Si existe un motivo por el cual su médico u otros proveedores no pueden llevar a cabo los deseos registrados en sus instrucciones anticipadas, se le informará por escrito. Denver Health también lo ayudará a encontrar un nuevo proveedor, de ser necesario, quien le dará la atención que usted desea tener. Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública y Medioambiente (Department of Public Health and Environment) de Colorado, si usted siente que sus instrucciones médicas anticipadas no se siguen.

Colorado Department of Public Health and Environment

4300 Cherry Creek Drive South

Denver, CO 80246-1530

303-692-2000 o **1-800-866-7689** (dentro del estado)

Los usuarios de TTY deben llamar al **303-691-7700**.

Si desea obtener más información acerca de las instrucciones, puede llamar a su proveedor de atención médica o a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**. También puede obtener más información de su trabajador social, de las agencias de la comunidad o de profesionales del derecho.

Representante para tomar decisiones:

Los adultos tienen el derecho de tomar sus propias decisiones médicas. Si usted tiene una enfermedad, una lesión o una lesión que pone en riesgo su vida, y no puede tomar sus propias decisiones, los médicos y otros proveedores médicos verificarán si usted tiene una instrucción médica anticipada en su registro médico. De ser así, ellos seguirán los deseos que usted expresó en la instrucción médica anticipada.

Si no completó una instrucción médica anticipada, la ley de Colorado permite que un representante tome las decisiones actuando en su nombre. Un “representante” es alguien que se designa para tomar decisiones sobre los servicios y la atención que usted recibe si no puede comunicarlas usted mismo a su médico. Un representante puede ser cualquier adulto competente que tenga una relación con usted como su cónyuge (esposo/esposa), un padre, un hijo adulto, un hermano o, incluso, un amigo cercano. Un representante puede tomar decisiones médicas por usted, pero solo cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo. Una vez que usted pueda comunicar sus deseos a los proveedores de atención médica, ya no es necesario un representante.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

Uso de un representante personal designado (DPR):

Usted puede designar a alguien para que esté a cargo de su atención médica. Este es un representante personal designado. Usted puede designar a un amigo, un familiar, un proveedor o a quien quiera para que sea su DPR. Un DPR velará por sus intereses cuando usted no pueda tomar decisiones por usted mismo respecto a la atención médica. Usted debe informar a DHMC por escrito si designa a un DPR. En la carta, se debe incluir el nombre, el domicilio y el número de teléfono del DPR para que DHMC sepa a quién llamar cuando sea necesario. Al final de este manual, hay una copia del formulario para designar un DPR. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener una copia.

Privacidad:

Su privacidad es muy importante. Denver Health crea un registro médico para usted como miembro del plan. Usted puede confiar en que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad. Esto incluye información del miembro como la edad, la raza/el grupo étnico, el idioma y demás información personal de contacto. DHMC respetará sus instrucciones por escrito, procedimientos y leyes acerca de la privacidad de sus registros. La información del miembro y sus registros médicos solo se utilizarán para su tratamiento y la calidad de su atención médica. No brindaremos esta información a nadie sin su permiso.

Cuando usted reciba servicios en una clínica de Denver Health, se le proveerá una descripción completa de las prácticas de privacidad de DHMC. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedir una copia de las prácticas de privacidad, sin costo para usted.

Formar parte del Foro Asesor del Consumidor:

El Foro Asesor del Consumidor de DHMC es un grupo formado por personal, miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMC que se reúnen regularmente para hablar sobre el Plan de DHMC. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** para formar parte del Foro Asesor del Consumidor de DHMC.

Boletín para miembros de DHMC:

Como miembro de DHMC, usted recibirá los boletines de DHMC durante el año. Todos los boletines contendrán información importante de DHMC. Los boletines le informarán acerca de cualquier cambio en el plan o sobre proveedores, próximos acontecimientos, consejos de salud y más.

>> 2) SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos:

Denver Health Medicaid Choice brinda acceso a la atención médica para todos sus miembros. No discriminamos por motivos de religión, raza, nacionalidad, color, ascendencia, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni edad.

Brindamos atención a través de un equipo que incluye a su proveedor, a DHMC, a otro personal de atención médica y a usted, nuestro miembro. DHMC se compromete a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMC, usted tiene los siguientes derechos:

- A que se le proporcione atención médica de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.
- A ser tratado con respeto y con consideración en lo que respecta a su dignidad y privacidad.
- A obtener información de su proveedor acerca de todas las alternativas y opciones de tratamientos para su afección de salud de manera que tenga sentido para usted.
- A participar en las decisiones respecto de su atención médica, incluso el derecho a rechazar tratamiento.
- A recibir una segunda opinión (que otro proveedor analice su caso) sin costos para usted. DHMC programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMC no está disponible.
- A establecer instrucciones anticipadas.
- A que su proveedor le brinde información detallada acerca de las instrucciones anticipadas y a ser informado desde el principio si su proveedor no puede respetar sus instrucciones anticipadas debido a sus creencias.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. (Esto significa que los proveedores y el personal de DHMC no podrán retenerlo en contra de su voluntad como castigo, hacer que usted haga algo que ellos quieran o vengarse por algo que usted haya hecho).
- A recibir servicios de atención médica de proveedores dentro de los plazos establecidos por las normas de citas de DHMC (en este manual).
- A consultar proveedores que lo hagan sentir cómodo y que satisfagan sus necesidades culturales.
- A utilizar cualquier hospital u otra instalación para servicios de atención de emergencia o urgencia. Los servicios de atención de emergencia y urgencia no requieren aprobación previa ni remisión.
- A obtener los servicios disponibles y accesibles en virtud del contrato.
- A recibir servicios de atención médica fuera de la red de Denver Health si usted no puede recibirlos en la red de Denver Health (DHMC primero debe aprobar los servicios de atención que no sean de emergencia o urgencia).
- A recibir servicios de planificación familiar directamente de cualquier proveedor de planificación familiar, dentro o fuera de la red de DHMC, sin aprobación de DHMC o remisión.
- A pedir una copia de sus registros médicos y a pedir que se enmienden o corrijan.
- A presentar una queja, una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal.
- A unirse al Foro Asesor del Consumidor de DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- A obtener información completa sobre los beneficios de DHMC. Esta información incluye servicios cubiertos; cómo recibir todo tipo de atención, como atención de emergencia; información detallada sobre los proveedores y sus derechos a cancelar la inscripción.
- A hacer uso de sus derechos arriba mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMC, los proveedores de la red o la agencia estatal.

Sus responsabilidades:

DHMC desea brindarle a cada miembro una atención médica sobresaliente y una experiencia grata cada vez que acuda a Denver Health. Por eso esperamos que nuestros miembros, nuestro personal y nuestros proveedores se traten unos a otros con dignidad y respeto.

Como miembro de DHMC, usted también es responsable de lo siguiente:

- elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un hogar médico que se encuentre en la red de Denver Health;
- respetar todas las reglas que se definen en este *Manual para miembros*;
- obtener una aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista (a menos que no se necesite una);
- respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMC;
- llamar al Centro de Citas de Denver Health para cambiar su PCP;
- pagar por cualquier atención médica que reciba sin la remisión de su PCP (a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia o urgencia, o sean beneficios “integrales”);
- pagar por cualquier servicio no cubierto por DHMC o Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado);
- comunicar a DHMC acerca de cualquier otro seguro que tenga distinto de Health First Colorado;
- llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla;
- actualizar su domicilio cuando se mude.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> 3) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN

Atención de emergencia:

Se considera que un problema de salud es una emergencia cuando puede causar la muerte o lesiones serias, o si produce dolor intenso.

Un servicio de emergencia es cualquier servicio que reciba de un proveedor de una sala de emergencias que sea necesario para atender un problema de salud de emergencia. Si tiene una emergencia llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención médica cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia. El proveedor que atienda la emergencia le hará un examen de detección médico para decidir si su afección es una emergencia. Si usted cree que al no recibir atención médica de inmediato podría ocurrir lo siguiente:

- Su salud o la salud de su hijo por nacer estarían en riesgo.
- Su cuerpo podría no funcionar correctamente.
- Un órgano o alguna parte de su cuerpo podrían no funcionar correctamente.

DHMC no se negará a proporcionarle servicios de emergencia si el proveedor no se comunica con DHMC en un plazo determinado de días.

La atención médica de estabilización es la atención médica que recibe después de una emergencia para estabilizar su salud. DHMC cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencias, urgencias y estabilización no necesitan una aprobación previa por parte de DHMC. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención que reciba que no sea atención de emergencia, urgencia, estabilización o planificación familiar debe ser provista por un proveedor de Denver Health.

Comuníquese con **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261** si necesita atención médica fuera del horario habitual de atención (después de que haya cerrado el consultorio de su proveedor). La enfermera puede ayudarlo a decidir si necesita consultar a un proveedor, acudir a una sala de emergencias o brindarle consejos de salud si no está seguro de qué hacer.

Atención de urgencia:

A veces usted necesita atención de urgencia cuando necesita ser atendido rápidamente, pero no es una emergencia. Si tiene necesidad de atención de urgencia, puede acudir al centro de atención de urgencias más cercano o llamar a:

- Su PCP.
- Llame a **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261**. Esta línea puede comunicarlo con una enfermera de DHMC durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La enfermera de DHMC puede ayudarlo a decidir si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia.

No necesita la aprobación de DHMC para acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Usted puede consultar a un proveedor de atención de urgencia incluso si su proveedor se encuentra fuera de la red de DHMC.

Denver Health cuenta con clínicas de atención de urgencias pediátricas (para niños) y para adultos en el campus principal del hospital de Denver Health (777 Bannock St.). También hay una clínica de atención de urgencia en Southwest Family Health Center (1339 S. Federal Blvd.) y en Downtown Urgent Care (Clínica de Atención de Urgencia del Centro) (1545 California St.). Los horarios de estas ubicaciones se pueden encontrar arriba en la página 7.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Puede acudir a las clínicas de atención de urgencia de Denver Health, pero no tiene que hacerlo. Siempre acuda al centro de atención de urgencia más cercano cuando tenga una necesidad de atención médica de urgencia.

Atención posterior a la estabilización:

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos que recibe después de una afección médica de emergencia y una vez estabilizado. Un proveedor puede brindarle atención posterior a la estabilización para mantenerlo estabilizado o para mejorar o resolver su problema de salud. DHMC pagará por su atención posterior a la estabilización si se encuentra en Denver Health. Si se encuentra en el hospital de Denver Health debido a una emergencia, su atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMC. Una vez que esté estabilizado, usted o un familiar deben llamar a DHMP al número que figura en el reverso de su tarjeta de miembro para notificar a DHMP su internación en un hospital fuera de la red.

Cuando un proveedor de un hospital que no sea Denver Health le brinde servicios de atención posterior a la estabilización y DHMC no los haya aprobado, aun así DHMC debe pagar por los servicios si:

- El proveedor en el hospital que no es de Denver Health solicita a DHMC la aprobación de sus servicios de atención posterior a la estabilización, y DHMC no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una (1) hora.
- No se puede comunicar con DHMC.
- DHMC y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento y un médico de la iniciativa de atención administrada limitada no está disponible para la consulta.

Si usted recibe servicios de atención posterior a la estabilización en un hospital que no sea Denver Health y estos no fueron preaprobados por DHMC, pero de todas formas DHMC paga por ellos debido a las razones antes mencionadas, DHMC pagará por los servicios hasta que suceda una de estas cosas:

- Que un proveedor de DHMC que también trabaje en un hospital que no sea Denver Health se haga responsable de su atención médica.
- Que el proveedor del hospital que no sea de Denver Health le comunique a DHMC que se encuentra lo suficientemente saludable como para ser derivado, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health y un proveedor de DHMC se haga cargo de usted.
- DHMC y el proveedor del hospital que no sea Denver Health no pueden llegar a un acuerdo
- **Normas para citas de DHMC** sobre cómo manejar su tratamiento.
- O bien, el proveedor que no pertenece a Denver Health decide que se le puede dar el alta del hospital que no pertenece a Denver Health.

Cuando el proveedor del hospital que no sea de Denver Health decida que usted se encuentra “estable” (lo que significa que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido a Denver Health para recibir el resto de su atención médica), DHMC tomará las medidas para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. Denver Health DHMC seguirá cubriendo su atención médica cuando sea transferido al hospital de Denver Health. Si usted se niega (dice no) a este traslado, usted tendrá que pagar por el resto de la atención que reciba en el hospital que no es de Denver Health. No se le cobrará más de lo que DHMC cobraría por los servicios proporcionados por DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Atención preventiva y de rutina:

Usted necesita inmunizaciones, vacunas, controles y visitas regulares a un proveedor para gozar de buena salud. Recibir atención de rutina es una buena manera de que su PCP haga un seguimiento de su salud. Usted debería recibir atención de rutina y preventiva para que su PCP le pueda ayudar a no enfermarse y también a tratar cualquier señal temprana de enfermedad antes de que esta empeore. Si hay otros tipos de servicios sobre los cuales tiene dudas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Cómo programar una cita:

Debe llamar al **Centro de Citas** al **303-436-4949**. Si usted necesita un intérprete o servicios de TTY cuando visita a su proveedor, comuníquese al agente del Centro de Citas al programar la suya.

Obtendrá una cita lo más rápido posible, pero no más tarde que los tiempos listados en la tabla de normas para citas que figura a continuación:

Normas para citas de DHMC

Tipo de atención	Normas para citas
Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Urgencia	Dentro de las 24 horas de su llamada
Visitas de bienestar no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 30 días
Visitas de atención no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 7 días
Visita de bienestar	Dentro de 1 mes* * A menos que se requiera una cita con anticipación para garantizar la realización de pruebas de detección en virtud del programa Bright Futures aceptado por el departamento

Farmacia:

Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMC con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMC pague por su receta. Si su proveedor de Denver Health emite una receta, usted puede obtener sus medicamentos con receta en las farmacias de Denver Health que se mencionan a continuación:

Línea Central de Farmacia y de Solicitud de Renovaciones (Refill Request and Central Pharmacy Call Line) de Denver Health: 303-389-1390

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Primary Care Pharmacy (Webb)

301 W. 6th Ave.

Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy

501 28th St.

Denver, CO 80205

Westside Pharmacy

1100 Federal Blvd.

Denver, CO 80204

Southwest Pharmacy

1339 S. Federal Blvd.

Denver, CO 80219

Public Health Pharmacy

605 Bannock St.

Denver, CO 80204

La Casa Pharmacy

4545 Navajo St.

Denver, CO 80211

Lowry Pharmacy

1001 Yosemite St.

Denver, CO 80230

Montbello Pharmacy

12600 Albrook Dr.

Denver, CO 80239

Para saber el horario de atención de la farmacia de Denver Health, visite

<https://www.denverhealth.org/services/pharmacy>.

También puede llevar sus recetas a cualquier otra farmacia que acepte el seguro de DHMC. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el seguro de DHMC, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens.

En Internet, puede visitar <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy> e ingresar al portal de miembros para registrarse con su id. de miembro y encontrar una farmacia cerca de usted.

Cuando usa las farmacias de Denver Health, puede pedir sus medicamentos con receta llamando a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** de **Denver Health** al **303-389-1390** o visitando <https://mychart.denverhealth.org/MyChart/>. También puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco (5) días hábiles antes de que se acabe su medicamento con receta. Si su proveedor le indica tomar sus medicamentos con receta de manera diferente a la especificada en las instrucciones del envase del medicamento, comuníquese a su farmacia. La farmacia puede necesitar tiempo extra para hablar con su proveedor a fin de obtener una nueva receta o un permiso para surtir su receta en forma anticipada. Para obtener más información acerca de cómo renovar sus medicamentos con receta, visite el sitio web de DHMC.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta fuera del horario habitual de su plan, llame al **Departamento de Atención al Cliente de MedImpact (MedImpact Help Desk)** al **1-800-788-2949**.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Es buena idea obtener sus medicamentos con receta en la misma farmacia. Si obtiene sus medicamentos con receta en Denver Health, sus proveedores podrán revisar sus registros médicos para obtener una lista de sus medicamentos. Si usted obtiene sus medicamentos con receta fuera de Denver Health, debe comunicarle a sus proveedores porque las farmacias fuera de Denver Health no actualizan los registros médicos de DHMC.

DHMC cuenta con una lista de medicamentos cubiertos. A esta lista se la conoce como *Formulario de medicamentos*. Si su proveedor emite una receta para un medicamento que no se encuentra en el *Formulario de medicamentos*, puede haber otro medicamento en este que se ajuste de la misma manera a sus necesidades. Su proveedor puede decidir si un medicamento del *Formulario de medicamentos* es bueno para usted. Si su proveedor no quiere cambiar el medicamento, tendrá que completar un formulario de autorización previa y explicarle a DHMC por qué se necesita ese medicamento. DHMC les informará a usted, su proveedor y su farmacia si pagará o no por el medicamento.

Si la farmacia le informa que su medicamento no está cubierto por DHMC, no pague de su bolsillo. Es mejor ponerse en contacto con el Centro de Llamadas de Farmacias de DHMC al 303-602-2070. DHMC no realiza pagos/reembolsos directamente a los miembros si paga las medicaciones de su bolsillo, aunque la farmacia pueda informarle esto.

Si su proveedor le da muestras de medicamentos para comenzar el tratamiento, averigüe si la medicación está en el *Formulario de medicamentos*. Si usted toma las muestras de medicamentos antes de solicitarle a DHMC que pague el medicamento primero, no significa que DHMC pagará por ese medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos*.

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Estos incluyen medicamentos para los siguientes fines:

- uso cosmético (productos antiarrugas, para la remoción de vello y crecimiento del cabello);
- suplementos alimentarios que no están en el *Formulario de medicamentos* (vitaminas, productos a base de hierbas, etc.);
- infertilidad (para asistir a mujeres para quedar embarazadas);
- pigmentación/despigmentación (para cambiar el color de la piel);
- rendimiento/disfunción sexual (Viagra, Cialis, Levitra, etc.);
- aparatos o dispositivos terapéuticos que no están en el *Formulario de medicamentos* (máquinas que se utilizan para la salud);
- bajar de peso;
- tratamientos experimentales o en investigación (medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos).

Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los medicamentos de venta libre que están en el *Formulario de medicamentos* solo se pueden obtener en farmacias de Denver Health.

Usted puede obtener un suministro de medicaciones de mantenimiento para 90 días. Las medicaciones de mantenimiento son aquellos que se usan para tratar una afección o un síntoma crónico de una enfermedad crónica.

Necesitará pedirle a su proveedor que le emita una receta para un suministro para 90 días. La farmacia no puede darle un suministro para 90 días sin el permiso de su proveedor. La farmacia siempre puede darle menos de lo que solicitó el proveedor, pero nunca más. Si su proveedor emitió una receta para un suministro para 90 días, la farmacia igual puede darle un suministro para 30 días si usted lo solicita.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Pharmacy by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo):

DHMC ofrece Pharmacy by Mail. Pharmacy by Mail le permite ahorrar tiempo ya que le envía a su casa sus medicamentos con receta para un suministro para 90 días. Gracias a que Pharmacy by Mail le entrega recetas para un suministro para 90 días, usted solamente necesitará renovar sus medicamentos con receta cuatro (4) veces al año. Puede inscribirse en Farmacia por Correo utilizando la aplicación MyChart o llamando al Centro de Llamadas de Farmacias al 303-436-4488.

Las medicaciones que están cubiertas por DHMC tienen un costo de \$0. Usted no necesita dejar una tarjeta de crédito registrada si solo desea que Pharmacy by Mail le envíe a su casa medicaciones que están cubiertas por DHMC. Si su domicilio cambia, llame al **Centro de atención telefónica de la Farmacia** al **303-602-2326** o complete un FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN y envíelo a **500 Quivas Street, Suite A, Denver, CO 80204**. Asegúrese de marcar debidamente el formulario para indicar el cambio de domicilio. La farmacia solo puede enviarle sus medicamentos con receta dentro del estado de Colorado.

El programa Retail by Mail de Denver Health no provee sustancias controladas ni medicaciones de especialidad. Para renovar medicamentos con receta y recibirlos por correo, llame a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** de **Denver Health** al **303-389-1390**.

Puede usar su farmacia local para que le envíen por correo medicaciones de mantenimiento, siempre y cuando sea parte de la red de farmacias de DHMC. Consulte en su farmacia si ofrecen el servicio de envíos de medicamentos con receta por correo.

Para obtener información acerca de sus beneficios de farmacia, visite

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy>. En este sitio web, usted puede:

- Haga clic en el enlace Formulary/Drug List (*Formulario/Lista de medicamentos*) para ver la lista de medicamentos cubiertos (*el Formulario de medicamentos*). Este enlace también explica las restricciones del *Formulario de medicamentos*, los límites o cuotas, cómo su proveedor puede solicitar una autorización previa o una excepción, y el proceso de su plan para realizar sustituciones de genéricos, intercambios terapéuticos y terapias escalonadas. Estos pasos en conjunto se denominan procedimientos de gestión farmacéutica.
- Acceda a Prior Authorization Form (PAR)/Exception Request Form (*Formulario de autorización previa/Formulario de solicitud de excepción*) para comenzar a solicitar una autorización previa. Esto también se denomina solicitud de excepción.
- Haga clic en el enlace al portal de miembros (regístrese con su id. de miembro para iniciar sesión) para:
 - hacer búsquedas en el *Formulario de medicamentos* para ver si su medicamento está cubierto.
 - buscar una farmacia cercana a usted
 - buscar interacciones medicamentosas y efectos secundarios comunes de los medicamentos

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios de farmacia, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al **1-855-281-2418**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

>> 4) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN CUANDO SE ENCUENTRE LEJOS DE SU HOGAR

Cuando se encuentre fuera del área de Denver, recibirá cobertura solo para los servicios de atención de emergencia y de urgencia.

Si se encuentra fuera del área de Denver y necesita atención de emergencia o urgencia, acuda a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia más cercano.

DHMC se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención médica que necesite. Cuando su salud sea lo suficientemente buena, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMC lo transfiera a Denver Health. Si usted se niega a ser transferido a Denver Health, tal vez deba pagar por el resto de los servicios que reciba en el otro hospital.

Usted podrá ser responsable del pago de los servicios de atención recibidos si no son servicios de atención de emergencia o urgencia.

Usted no posee beneficios de atención médica fuera de EE. UU. Esto incluye Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes de EE. UU. o Samoa Americana.

Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar:

Solicite una renovación temprana antes de viajar. Usted puede obtener medicamentos con receta en las principales cadenas de farmacias en todo Colorado que acepten el seguro de DHMC. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMC consigo para mostrársela al farmacéutico. Los medicamentos con receta obtenidos fuera de Colorado solo se cubren en situaciones de urgencia o emergencia. Los medicamentos con receta obtenidos fuera de Colorado solo se cubren en situaciones de urgencia o emergencia, por un suministro máximo para 3 días.

>> 5) ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MUJER

Consulta a un obstetra o ginecólogo:

No necesita una aprobación ni una remisión para ver a un obstetra o ginecólogo de DHMC para recibir servicios durante el embarazo o para la atención femenina de rutina. Si usted ya lleva más de tres (3) meses de embarazo y es un miembro nuevo de DHMC, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual incluso si se encuentran fuera de la red de DHMC. Si se atiende con un proveedor fuera de la red, este deberá presentar una autorización previa para los servicios y debe comunicarse con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Planificación familiar:

Los servicios de planificación familiar son servicios que pueden ayudar a las mujeres y a los hombres a elegir si desean un embarazo o convertirse en padres, o cuándo quieren hacerlo. Los servicios de planificación familiar incluyen diferentes tipos de control de la natalidad, como píldoras anticonceptivas o dispositivos intrauterinos (DIU), y visitas al consultorio para hablar sobre planificación familiar y cómo realizar elecciones saludables sobre la reproducción.

Puede acudir a un proveedor de DHMC o a cualquier proveedor que acepte Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) para planificación familiar. No tiene que obtener una aprobación de DHMC primero. Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen: un ginecólogo u obstetra/ginecólogo, una enfermera obstetra certificada, una clínica de planificación familiar, una enfermera profesional o su médico habitual.

Examen de detección de cáncer de cuello de útero:

Las mujeres de entre 18 y 64 años de edad deben realizarse pruebas de Papanicolaou anualmente. DHMC cubre esto. La prueba de Papanicolaou puede ayudar a detectar un cáncer en su etapa temprana. Asegúrese de solicitarle esta prueba a su PCP u obstetra o ginecólogo.

Examen de detección de cáncer de mama:

Una mamografía es un examen que utilizan los médicos para diagnosticar (encontrar) cáncer de mama. DHMC cubre las mamografías. La mayoría de las mujeres comienzan a realizarse mamografías alrededor de los 40 años de edad y continúan con esta práctica hasta los 69 años de edad. Las mujeres que se encuentran en riesgo de contraer cáncer de mama pueden realizarse mamografías más tempranas o más seguidas que las demás. Es importante que le comunique a su proveedor acerca de sus antecedentes familiares respecto al cáncer de mama y cualquier inquietud que tenga. Consúltele a su proveedor acerca de cuándo debe someterse a su próximo examen de detección de cáncer de mama.

Atención durante el embarazo:

Si cree que está embarazada, programe una visita al consultorio con su proveedor inmediatamente. La atención médica temprana es muy importante cuando está embarazada. Su proveedor la ayudará a recibir toda la atención médica necesaria antes, durante y después de dar a luz a su bebé.

Cómo inscribir a su recién nacido en DHMC:

Todos aquellos bebés que nazcan de madres que sean miembros de DHMC quedan cubiertos desde el momento en que son dados de alta del hospital hasta 60 días calendario, o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Puede inscribir a su niño en DHMC, de la misma manera que usted lo hizo, y recibirá atención médica en Denver Health. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos local o llamar al **Programa de Asistencia Médica de Colorado** al **1-800-359-1991** para agregar al recién nacido al expediente de Medicaid.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

>> 6) ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Vacunas para niños y adolescentes:

Una de las mejores cosas que puede hacer por su hijo es que reciba vacunas regularmente. El PCP de su hijo puede aplicarle las vacunas en su consultorio durante los controles. Los niños necesitan estas vacunas para quedar protegidos contra enfermedades.

Edad	Vacunas
Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año	<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis B.• DTaP (Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina).• IPV, polio.• Hib (haemophilus influenza tipo b).• PCV, neumocócica (Previene la neumonía).• RV, rotavirus (virus estomacal).• Influenza, gripe estacional (a partir de los 6 meses de edad).
1 a 3 años	<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis A.• Hepatitis B.• Hib.• Poliomieltis.• SPR (Previene el sarampión, las paperas y la rubéola).• Varicela (Previene la varicela si el niño no ha tenido varicela).• DTaP.• Neumocócica.• Meningocócica (Previene la meningitis).• Influenza (cada 6 meses).

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Edad	Vacunas
4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP. • Poliomielitis. • SPR. • Varicela. • Influenza (cada 6 meses).
11 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Tdap (Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina). • VPH, virus del papiloma humano (Previene las verrugas genitales). • Meningocócica (Previene la meningitis). • Influenza: anual.
13 a 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse. • Influenza: anual.

EPSDT:

El Servicio de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es un programa de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) que abarca servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para miembros de hasta 20 años de edad. Este programa tiene la finalidad de detectar problemas de salud de forma temprana. Su objetivo es que los niños reciban la atención física, mental, auditiva, dental y de la visión que necesitan para su salud.

Su hijo puede recibir estos servicios sin costo alguno para usted. Los servicios incluyen lo siguiente:

- terapia del habla;
- controles del niño sano;
- vacunas;
- terapia ocupacional o física;
- servicios médicos a domicilio;
- tratamiento de trastornos por abuso de sustancias;
- anteojos y oftalmología;
- audición;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- atención dental.

El Programa Futuro Brillante (Bright Future Schedule) de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) es una lista que indica la atención necesaria que requieren los menores y la frecuencia con la que deben recibirla.

Además, a los niños a los que no se les ha hecho la prueba de plomo se les debe realizar a los 12 y 24 meses, o entre los 36 y 72 meses.

Usted puede obtener estos servicios a través de su PCP. Su PCP puede remitirlo a otros servicios especiales disponibles en Denver Health. Los servicios de detección de EPSDT no necesitan aprobación de DHMC. Los servicios de diagnóstico se proporcionan cuando los estudios de detección sugieren que es necesario realizar más evaluaciones o tratamiento. Están cubiertos los servicios que son más médicamente necesarios (prácticas médicas menos costosas, efectivas y aceptables) para tratar, corregir o prevenir las enfermedades y las afecciones que las pruebas de detección o diagnóstico detectaron, y DHMC no pondrá límites a los servicios (p. ej., la cantidad de visitas médicas permitidas) de EPSDT. Cuando sea necesario, se pueden cubrir los servicios de mantenimiento.

Los miembros pueden autorremitirse a los siguientes servicios del programa EPSDT:

- controles del niño sano;
- vacunas;
- pruebas de la visión/anteojos;
- pruebas para evaluar la audición.

Los servicios de EPSDT que requieren una remisión del PCP o una autorización previa (prior authorization required, PAR) son los siguientes:

- terapia del habla (remisión del PCP);
- terapia física/terapia ocupacional (remisión del PCP);
- atención en el hogar (remisión del PCP y autorización previa);
- tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (remisión del PCP y autorización previa).

Consideraciones o limitaciones especiales:

Hay algunos servicios EPSDT que no están cubiertos para los miembros. Estos servicios se enumeran a continuación:

- atención y métodos experimentales;
- atención o artículos que no son aceptados en la comunidad médica;
- medicamentos de venta libre (medicamentos que no necesitan receta médica), a menos que sean necesarios para la atención y estén aprobados.

Hay algunos servicios que conllevan consideraciones especiales. Dichas consideraciones son las siguientes:

- Los anteojos son un beneficio cuando son indicados por un oftalmólogo. Los beneficios relacionados con la vista son fijos para lentes plásticas transparentes simples o multifocales, y un marco estándar.
- Los lentes de contacto o la atención de la vista serán un beneficio cuando sea necesario.
- La ortodoncia (atención dental) es un beneficio para los niños con maloclusiones congénitas, mal desarrollo o malformaciones dentales adquiridas cuando se confirma mediante una revisión del caso. El dentista solicitará aprobación de la atención.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- La atención temprana del lenguaje para niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con pérdida auditiva puede ser brindado por audiólogos, fonoaudiólogos, logopedas y por médicos del Programa de Intervención en el Hogar (Colorado Home Intervention Program, CHIP) de Colorado. (CHIP es un programa para ayudar a los niños que son sordos o tienen dificultades auditivas).

Algunos servicios de EPSDT no están cubiertos por DHMC pero son un beneficio para usted mediante Health First Colorado. Este tipo de atención médica se llama beneficio “integral”. Consulte la sección “Beneficios integrales” de este manual para obtener más información.

La mayoría de los servicios de EPSDT están disponibles con Denver Health. Su médico también puede remitirlo a los servicios de Denver Health de manera externa. Si tiene preguntas acerca de los servicios de EPSDT, usted o su médico pueden comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

Vacunas contra la gripe:

Las vacunas contra la gripe y otras vacunas son un beneficio cubierto para los miembros de DHMC.

Las vacunas contra la gripe son gratuitas para los miembros. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMC recomienda que las siguientes personas se vacunen contra la gripe:

- todos los niños en riesgo elevado;
- niños con problemas de salud prolongados o con problemas en el sistema inmunitario; niños de 6 meses a 59 meses de edad, y niños mayores con hermanos menores de 6 meses de edad;
- personas de 50 años de edad o más;
- una persona con problemas de salud, como diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar y asma;
- personas que se encuentran en cercanía de otras personas con problemas de salud, como asma y enfermedad cardíaca o pulmonar;
- mujeres embarazadas que tengan más de tres meses de embarazo durante la temporada de gripe (si el bebé nacerá entre diciembre y mayo).

Llame al Centro de Citas para programar una cita o para preguntar acerca de la vacunación gratuita contra la gripe.

Consulte la lista de vacunas recomendadas en la sección “Vacunas para niños y adolescentes”.

Servicios de intervención temprana:

Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Estos servicios son para niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Estos servicios pueden ayudar a mejorar la capacidad de los niños para desarrollarse y aprender. Los EIS también les enseñan a usted y a su familia a ayudar en el crecimiento de su hijo. Los EIS incluyen educación, formación y ayuda en el desarrollo infantil, educación para padres, terapias y otras actividades. Estos servicios están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de su hijo. Lo ayudan a su hijo a desarrollar sus habilidades cognitivas, del habla, de comunicación, físicas, motoras, de la visión, de la audición, sociales-emocionales y de autoayuda.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> 7) PROGRAMAS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

DHMC cuenta con varios servicios para asistirlo si usted tiene necesidades especiales de atención médica. Aquí se presentan algunos ejemplos de problemas de salud considerados como necesidades especiales de atención médica:

- problemas de salud que duren más de un año (presión arterial alta, asma);
- problemas de salud que requieran el uso de dispositivos especiales (como sillas de ruedas o tubos de oxígeno);
- problemas de salud que limiten severamente sus actividades emocionales, físicas o de aprendizaje.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información. También puede hablar con su PCP si tiene necesidades especiales de salud.

Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades de salud especiales:

Si usted es un miembro nuevo con necesidades especiales, puede seguir viendo a su proveedor fuera de DHMC durante sesenta (60) días después de unirse a DHMC. Su proveedor fuera de DHMC debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 60 días.

Usted puede también mantener su proveedor de salud a domicilio o de equipo médico durable (durable medical equipment, DME) durante setenta y cinco (75) días después de unirse a DHMC. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 75 días.

Usted debe comunicarle a DHMC quiénes son estos proveedores. También debe comunicarnos que desea seguir viendo a estos proveedores hasta que su atención médica sea transferida. Puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Si usted tiene una afección de salud especial por la que es necesario que consulte a menudo a un especialista (un médico especializado en una o más áreas de la atención médica), usted podría ser elegible para obtener una remisión permanente. Esto significa que se le permitirá acceder a este especialista en cualquier momento, obtener la aprobación para cierta cantidad de visitas para consultar al especialista o usar a este médico como su PCP.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene alguna pregunta acerca de las remisiones permanentes.

Gestión de casos:

En DHMC, entendemos que las personas pueden enfrentar muchos desafíos al vivir con diagnósticos complejos. DHMC brinda a los pacientes servicios de gestión y coordinación de atención. Como parte de estos servicios, los pacientes pueden esperar lo siguiente:

- recibir un hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH) y un equipo de atención médica para atender todas sus necesidades especiales de atención de la salud;
- ayuda para comprender el sistema de atención médica, incluido el acceso a la atención primaria, los servicios especializados y los recursos comunitarios;
- planes de atención individuales para ayudarlo a manejar mejor su salud y a cumplir sus metas relacionadas con la salud;
- conexión con el nivel adecuado de atención médica en el momento adecuado, incluidas las emergencias, la atención de urgencia y las hospitalizaciones;

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- apoyo continuo cuando tengan un acontecimiento de atención médica importante, como una hospitalización o el nacimiento de un niño;
- coordinación de su atención médica con sus diferentes médicos dentro y fuera de la red de Denver Health;
- que se manejen sus necesidades de salud mental;
- apoyo e información respecto de los beneficios del seguro.

Para establecer estos servicios o ponerse en contacto con su coordinador de atención, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2116 y elija la opción de coordinación de atención.

Transiciones de atención:

Si tiene una estadía en un hospital, DHMC ofrece un programa de transición de la atención para ayudarlo en la transición desde el hospital a su próximo destino (hogar, rehabilitación, etc.). Este programa tiene una duración de 30 días después del alta. Llame a Servicios del Plan de Salud si tiene preguntas sobre este programa o necesita ayuda adicional.

Gestión de la Utilización de Servicios:

La Gestión de la Utilización de Servicios revisa las solicitudes de atención que su proveedor considera médicamente necesaria para usted y que no se puede brindar en la red de DHMC (si usted necesita la atención o los servicios por motivos de salud). Estas autorizaciones, cuando se aprueban, se denominan autorizaciones. Se requieren autorizaciones para el pago de servicios y tratamientos que no están disponibles en Denver Health o que sí están disponibles pero están sujetos a limitaciones en el beneficio.

Algunos ejemplos de servicios o tratamientos que requieren autorización incluyen servicios médicos a domicilio, equipo médico durable (durable medical equipment, DME) y atención médica provista en todas las instituciones que no pertenezcan a Denver Health. Consulte la sección “Sus beneficios de DHMC” de este manual para obtener más información acerca de los servicios cubiertos que requieren autorización por parte de DHMC. Cuando sea necesario, su proveedor trabajará con el personal de la Gestión de la Utilización de Servicios para obtener una autorización.

La Gestión de la Utilización de Servicios trabaja directamente con los hospitales, los médicos, las agencias de servicios de atención médica a domicilio, las empresas de DME y otros proveedores para garantizar que usted reciba la atención que corresponda en el entorno adecuado.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene dudas con respecto a un servicio, un tratamiento o una decisión específica. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión que la Gestión de la Utilización de Servicios tome con respecto a su atención médica. Consulte la sección “¿Qué es una apelación?” de este manual para obtener más información.

También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud si desea saber qué información utiliza DHMC al tomar decisiones de autorizaciones o cómo garantizamos que usted reciba atención médica de calidad.

Médicamente necesario:

DHMC decide qué servicios se cubrirán con base en si son médicamente necesarios o no. En este manual, usted verá que los términos “médicamente necesario” o “necesario para el tratamiento” se usan cuando se habla acerca de qué beneficios le serán cubiertos en este plan. Esto significa que DHMC solo le proveerá la atención que sea necesaria para diagnosticar, tratar o monitorear una afección, en el lugar más adecuado, brindada por la persona más adecuada. Por ejemplo, si un miembro tiene una fiesta de graduación, una visita urgente fuera de la red para tratar el acné no sería médicamente necesaria.

Si un servicio no es médicamente necesario, como por ejemplo, una cirugía estética, DHMC no lo pagará.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Pautas de práctica clínica:

Las pautas de práctica clínica pueden ayudarlos a usted y a sus médicos a tomar buenas decisiones relacionadas con su atención. Las pautas se basan en abundante investigación y contienen las mejores opciones de tratamiento para determinadas afecciones. Denver Health usa pautas para garantizar que usted siempre reciba la mejor atención en todas sus visitas al médico. Esto ayuda a garantizar que no reciba servicios que no necesita o que no ayudarían a su estado de salud.

Si tiene alguna pregunta acerca de qué son las pautas de práctica clínica o cómo se usan, comuníquese con Servicios del Plan de Salud. También puede pedir una copia de estas pautas sin costo alguno para usted.

>> 8) SUS BENEFICIOS DE DHMC

Esta es una lista de los beneficios de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) con DHMC. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMC para que lo cubra.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Aborto	Cubierto <u>solamente</u> en estas circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> • cuando el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto • en el caso de que una mujer sufra un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una condición física que ponga en peligro la vida, causada por el embarazo en sí o que surja de él, que pone a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto 	Se necesita autorización para cubrir este procedimiento. Carta escrita del médico certificando el peligro para la vida de la madre, si corresponde
Servicios de ambulancia	Cubiertos en casos de emergencia	
Nacimiento de un bebé en el hospital	Cubierto en su totalidad	
Tratamientos dentales para adultos con una afección médica existente empeorada por una afección bucal	Las afecciones médicas existentes permitidas incluyen las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • enfermedad que requiera quimioterapia o radiación; • trasplantes de órganos; • embarazo; • una afección médica empeorada por una afección bucal. Se puede brindar tratamiento de emergencia si fuera hospitalizado y no hubiera atención médica inmediata disponible.	Este es un beneficio “integral”. Consulte la sección “Beneficios 'integrales'” de este manual para obtener más información.
Equipos e insumos médicos durables	<ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas; • muletas; • otros insumos. 	Equipo provisto por un proveedor contratado. Se necesita la aprobación de DHMC. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más detalles.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Servicios de emergencia	Cubiertos	En casos de emergencia no se necesitan remisiones por parte de DHMC. Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. Consulte la sección “Terminología” de este manual para ver la definición de “Emergencia”.
Beneficios de EPSDT	Consulte la sección “EPSDT” de este manual para ver una lista de los servicios cubiertos.	El niño debe tener 20 años de edad o menos para reunir los requisitos para recibir los servicios de EPSDT. Consulte la sección “EPSDT” de este manual para ver una lista de los coordinadores del condado.
Servicios de planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento sobre planificación familiar, tratamientos y seguimiento; • píldoras anticonceptivas; • colocación y remoción de dispositivos anticonceptivos aprobados; • medición para colocar diafragmas; • esterilización quirúrgica masculina/femenina. 	<p>Para la esterilización usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener al menos 21 años de edad. • Ser mentalmente competente (nunca haber sido declarado mentalmente incompetente por un tribunal federal, estatal o local). • Dar su consentimiento informado. Esto se hace completando el formulario que su proveedor le proporcionará 30 días antes de su procedimiento de esterilización.* <p>* Existen excepciones para esto. Consulte a su proveedor o comuníquese con Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2116 para obtener detalles.</p>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Servicios de atención médica a domicilio	DHMC cubre los servicios médicos a domicilio durante los primeros 60 días consecutivos. Después de los 60 días consecutivos, los servicios médicos a domicilio están cubiertos como beneficios "integrales" por Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).	Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Servicios de hospital e internaciones	La hospitalización debe ser en Denver Health Medical Center.	Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Cualquier procedimiento electivo o admisión de pacientes hospitalizados que no se realice en Denver Health debe ser aprobado previamente por DHMC. DHMC aprobará la estadía de un paciente hospitalizado por una cantidad específica de días y revisará todos los casos en que se necesiten más días. Si DHMC entiende que se necesitan más días, se emitirá una aprobación. Es posible que usted tenga que pagar cualquier estadía de internación que no esté previamente aprobada por DHMC.
Inmunizaciones (vacunas) para miembros de 21 años y mayores	<ul style="list-style-type: none"> • TD (Previene el tétanos y la difteria): cada 10 años. • Influenza: anual. • Neumocócica, después de los 65 años. • Zóster: después de los 65 años de edad (Previene la culebrilla). 	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Inmunizaciones (vacunas) para miembros menores de 21 años	Todas las inmunizaciones (vacunas) recomendadas	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes hospitalizados	Consulte la siguiente sección sobre los servicios de salud conductual.	

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Hogar para personas mayores	Este es un beneficio “integral” y se encuentra cubierto por Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) después de que se haya aprobado la certificación. Consulte la sección “Beneficios 'integrales'” de este manual para obtener más información.	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC.
Cirugía bucal para adultos	Limitada a tratar ciertas afecciones como: <ul style="list-style-type: none"> • herida accidental en los huesos de la mandíbula o áreas circundantes; • solucionar un problema bucal que genera un problema funcional, como tratamiento para bultos en la mandíbula, mejillas, labios, lengua, paladar o piso de la boca. 	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes externos	Consulte la siguiente sección sobre los servicios de salud conductual.	
Medicaciones de venta libre	DHMC cubre algunas medicaciones de venta libre. Para que se cubra una medicación de venta libre, su proveedor de DHMC debe hacerle una receta y debe obtenerlo en una farmacia de Denver Health.	Se requiere una aprobación previa solamente para los medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos.
Farmacia: cambiar de un medicamento genérico a uno de marca	Usted puede obtener un medicamento de marca cuando se recete uno genérico.	Puede pedirle a la farmacia un medicamento de marca, incluso si su proveedor le recetó uno genérico, pero usted tendrá que pagar una parte del costo del medicamento. DHMC solo pagará por el medicamento de marca si su proveedor completa un formulario de autorización previa y le explica a DHMC por qué es necesario el medicamento de marca. Consulte la sección “Farmacia” de este manual para obtener más detalles.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Atención prenatal	Cubierta en su totalidad	Provista por su obstetra o ginecólogo de DHMC. Si usted es nueva en DHMC y tiene un embarazo de más de 3 meses, puede continuar acudiendo a su proveedor fuera de DHMC hasta dar a luz. Su proveedor deberá presentar una autorización previa. Consulte la sección “Atención médica para la mujer” de este manual para obtener más información.
Medicamentos con receta	Los medicamentos con receta que se encuentran en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC están cubiertos. Los miembros no tienen que pagar ningún copago (costo) para obtener medicamentos con receta cubiertos por DHMC. Los miembros pueden acudir a cualquier farmacia de Denver Health o a cualquier otra farmacia que acepte el seguro DHMC.	Algunos medicamentos con receta no se encuentran en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC. Su proveedor debe solicitar a DHMC que pague por un medicamento con receta si no se encuentra en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC. Consulte la sección “Farmacia” de este manual para obtener más detalles.
Atención médica primaria y preventiva	Cubiertos en su totalidad: exámenes físicos, exámenes de detección, como mamografías, exámenes de próstata, vacunas contra la gripe, etc.	Brindada por su PCP de DHMC.
Atención especializada	Tipos especiales de atención cubierta por los proveedores participantes.	Debe ser remitido por un PCP de DHMC. Debe ser brindada por un especialista de DHMC. Si no la ofrecen los proveedores de DHMC, se requiere autorización.
Tratamiento por abuso de sustancias	Limitado al tratamiento médico de los efectos del medicamento. Las medicaciones para tratar esto son un beneficio cubierto.	Debe ser remitido por un PCP de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Dejar de consumir tabaco	Incluye medicaciones con receta aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) y productos de venta libre para dejar de fumar. No incluye ningún servicio de asesoramiento grupal o individual. Los servicios de asesoramiento grupal o individual, y los medicaciones con receta aprobadas por la FDA y los productos de venta libre relacionados con dejar de fumar están disponibles para mujeres embarazadas como un beneficio “integral”.	Las medicaciones relacionadas con dejar de fumar (según se describe en la columna “Servicios cubiertos”) son provistos a través de recetas de su PCP. Los servicios provistos a mujeres embarazadas son un beneficio “integral”.
Terapias	<ul style="list-style-type: none"> • terapia del habla; • terapia ocupacional; • terapia física; • rehabilitación cardíaca. 	Debe contar con una remisión de un PCP de DHMC. Toda terapia realizada fuera de DHMC requiere autorización.
Terapia visual	Ejercicios oculares	Se necesita la remisión de un proveedor (adultos y niños).
Visión: “suministros disponibles”	Marcos de anteojos que cuesten más de lo que Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) paga	Usted paga la diferencia entre los anteojos aprobados y los anteojos más caros.
Visión: adultos (48 años de edad y mayores)	Exámenes de rutina y anteojos. Los exámenes y los anteojos se cubren una vez por año con un proveedor.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic (Clínica Oftalmológica de Denver Health) y otros proveedores de servicios para la visión del <i>Directorio de proveedores</i> de DHMC.
Visión: adultos (entre los 21 y los 47 años)	Controles periódicos y anteojos. Los exámenes se cubren una vez cada dos años con un proveedor.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic (Clínica Oftalmológica de Denver Health) y otros proveedores de servicios para la visión del <i>Directorio de proveedores</i> de DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Visión: niños (de 0 a 20 años)	Se cubren los controles de rutina y los anteojos. Los lentes de contacto o los servicios de tratamiento terapéutico para la visión serán un beneficio cuando sean necesarios como tratamiento, y se requiere que un oftalmólogo envíe la aprobación.	No se necesita la autorización de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic (Clínica Oftalmológica de Denver Health) y otros proveedores de servicios para la visión del <i>Directorio de proveedores</i> de DHMC.

Beneficios	Hay algunas cosas que DHMC no cubre, incluidas las siguientes:
Servicios no cubiertos	<ul style="list-style-type: none"> • acupuntura; • procedimientos quirúrgicos ambulatorios no incluidos en la lista aprobada por el estado; • procedimientos quiroprácticos; • cirugía plástica; • cuidado de custodia en un hogar para personas mayores; • programas de ejercicios; • servicios o productos farmacéuticos experimentales; • atención holística u homeopática; • hipnosis; • vacunas relacionadas con los viajes al extranjero; • servicios para tratar la infertilidad; • artículos personales (membresía en clubes de salud, pasta dental), en un hogar para personas mayores; • exámenes físicos para empleo, escuela, campamento, deportes o licencias; • rehabilitación en el trabajo.

Si tiene preguntas sobre si un servicio está incluido o no, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice:

Atención médica:

- SIN COSTO ni copagos para visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, atención de emergencia/urgencia (dentro o fuera de la red) para niños y adultos de DHMC.
- Transporte GRATUITO para casos médicos que no sean una emergencia (traslados hacia y desde la clínica en donde tenga sus citas); consulte la sección “Transporte” de este manual para obtener más información.

Atención oftalmológica:

- Anteojos para niños y adultos SIN COSTO alguno para usted.

Farmacia:

- SIN COPAGOS para los medicamentos con receta cubiertos en el *Formulario de medicamentos* de DHMC.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- SIN COSTO para ciertos medicamentos de venta libre cuando un proveedor de Denver Health le emite la receta para el medicamento de venta libre y se obtenga en una farmacia de Denver Health.
- Suministros para 90 días de varios medicamentos que toma todos los días, SIN COSTO para usted. Consulte el *Formulario de medicamentos* de DHMC para obtener más detalles.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> 9) SERVICIOS ADICIONALES

Servicios de salud conductual:

- Denver Health Medicaid Choice (DHMC) se asocia con Colorado Access para brindar beneficios completos de atención médica a los miembros. DHMC se encarga de la salud física. Colorado Access se ocupa de la salud conductual.
- Ambas, la atención de la salud física y la atención conductual, son importantes. Necesita las dos para estar sano. Colorado Access se ocupa de la atención de la salud conductual. Pueden ayudarlo con cosas como la salud mental o la atención por consumo de sustancias.
- Denver Health Medicaid Choice se encarga de la atención de la salud física. Pueden ayudarlo con cosas como dónde vacunarse contra la gripe o hacerse un control anual.
- Llame al 800-511-5010 para hablar con un coordinador de atención de Colorado Access. Están disponibles de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. También puede encontrar su *Directorio de proveedores* en Internet en <https://coadirectory.info/search-member>.

A continuación, se enumeran los beneficios de atención básicos de salud mental y uso de sustancias.

Los beneficios con un asterisco (*) pueden necesitar aprobación previa.

- alcohol y drogas: Asesoramiento para evaluación de detección, asesoramiento grupal por parte de un proveedor, gestión de casos específicos*
- evaluación de salud conductual*
- emergencia y servicios para crisis
- servicios de hospitalización psiquiátrica para un diagnóstico de salud mental*
- tratamiento asistido con medicaciones*
- tratamiento ambulatorio diurno, no residencial*
- gestión farmacológica de la medicación del paciente*
- psicoterapia: Familiar, grupal o individual*
- servicios de salud mental basados en escuelas*
- desintoxicación social ambulatoria*

Si tiene una crisis de salud mental o consumo de sustancias, o usted o alguien que conoce está pensando en el suicidio, y no puede comunicarse con su proveedor, llame a Servicios de Crisis de Colorado (Colorado Crisis Services) al 844-493-TALK (844-493-8255) (servicio estatal de retransmisión [State Relay], 711). O bien envíe el texto TALK (HABLAR) al 38255*. Puede llamar o enviar un mensaje de texto las 24 horas del día, todos los días del año.

- Cómo presentar una queja sobre el acceso a la atención de la salud conductual:

Su plan de salud está sujeto a la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) de 2008. Esto significa que sus beneficios de salud conductual cubiertos no pueden ser más difíciles de acceder que los beneficios de salud física. Una denegación, restricción o retención de los servicios de salud conductual podría ser una posible violación de la ley de paridad. Presente una queja ante la Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado si tiene una inquietud sobre la paridad.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado:
 - Llamadas: 303-866-2789
 - correo electrónico: ombuds@bhoco.org
 - Internet: bhoco.org
 - Un agente de la Oficina del Defensor del Pueblo le llamará o le responderá directamente. También puede pedirle a su proveedor de salud conductual o tutor/agente legal que presente una queja por usted.

Transporte:

El transporte médico en casos que no sean una emergencia (Non-emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio para todos nuestros miembros de DHMC. Usted puede hacer uso de NEMT gratuitamente cuando necesite que lo lleven a sus citas de atención médica.

Intelliride puede requerir una aprobación previa antes de poder programar un traslado (comuníquese con Intelliride para saber si su viaje necesita aprobación previa). Intelliride es un beneficio para todo aquel que tenga Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).

Para programar un traslado a su próxima cita de atención médica, llame a:

Intelliride: 1-855-489-4999 (Llame 48 horas antes de su cita).

NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health:

NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health es un servicio telefónico que puede responder sus preguntas y asesorarlo. Puede llamar a NurseLine de Denver Health y hablar con una enfermera diplomada acerca de cualquier pregunta sobre salud, cualquiera sea su importancia. NurseLine puede brindarle rápidamente información médica rápida y también ayudarlo a obtener atención médica. NurseLine está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede llamar a **NurseLine (Línea de Enfermería)** de Denver Health al **303-739-1261** en los siguientes casos:

- Cree que necesita una cita urgente.
- No sabe con certeza si necesita consultar a un médico.
- Tiene preguntas acerca de un medicamento o un tratamiento
- Tiene preguntas sobre educación para la salud.

Llame a **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261** después de que el consultorio de su PCP haya cerrado o cada vez que necesite respuestas para sus preguntas sobre la salud.

Recuerde que si tiene una emergencia médica o si necesita atención de urgencia, debe ir al hospital o a la clínica de atención de urgencia más cercanos. No tiene que llamar a NurseLine antes de recibir atención de emergencia o urgencia.

Beneficios “integrales”:

Hay algunos servicios que DHMC no cubre, pero siguen siendo un beneficio para usted a través del programa habitual de pago por servicio (fee-for-service) de Health First Colorado. Este tipo de atención médica se llama beneficio “integral”. Usted puede ser un miembro de DHMC y aun así recibir beneficios “integrales”. Los beneficios “integrales” incluyen lo siguiente:

- Audífonos, entrenamiento, pruebas y evaluación para niños.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- Servicios dentales para hijos (de 0 a 20 años).
- Servicios dentales para adultos (procedimientos de diagnóstico, procedimientos preventivos, procedimientos de restauración, atención periodontal, tratamiento de endodoncia y cirugía oral).
- Servicios de tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo para mujeres embarazadas.
- Servicios adicionales médicos a domicilio de EPSDT (Consulte la sección “EPSDT” de este manual para obtener más información sobre estos y otros servicios de EPSDT).
- Algunos servicios basados en la comunidad y en el hogar (Home and Community-Based Services, HCBS).
- Cuidados paliativos: Aún puede recibir toda la demás atención médica no paliativa con DHMC, pero también puede cancelar su inscripción de DHMC si llama a **Health First Colorado Enrollment** al **303-839-2120** o sin costo al **1-888-367-6557**.
- Health First Colorado cubre los servicios médicos a domicilio después de los 60 días (DHMC cubre los primeros 60 días).
- Algunos servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.
- Trasplantes intestinales.
- Transporte médico en casos que no sean una emergencia (non-emergency medical transportation, [NEMT]); consulte la sección “Transporte” de este manual.
- Terapias conductuales pediátricas.
- Servicios privados de enfermería.
- Algunos servicios de establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).
- Servicios para dejar de fumar: los servicios de asesoramiento individual o grupal, y todos los medicaciones con receta aprobadas por la FDA, y los productos de venta libre relacionados con dejar de fumar están disponibles para mujeres embarazadas.

Si necesita cualquiera de los servicios que figuran arriba, comuníquese con **Health First Colorado Enrollment** al **1-800-221-3943** fuera del área metropolitana de Denver. Un agente de Health First Colorado Enrollment lo ayudará a recibir sus beneficios “integrales”. Si desea más información sobre esto, visite <https://www.healthfirstcolorado.com>. Allí también puede acceder al *Manual para miembros* de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).

>> 10) CALIDAD

DHMC quiere asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesite cuando sea necesario. Nuestro Programa de Calidad lo logra mediante las siguientes acciones:

- Preguntamos a nuestros miembros y proveedores sobre si están a gusto con los servicios de DHMC.
- Atendemos las inquietudes y quejas de los miembros y proveedores para mejorar los servicios de DHMC.
- Recordamos a los miembros acerca de los servicios que los ayudarán a mantenerse saludables.
- Vemos de qué modo accede usted a la atención médica cuando hay diferencias en cuanto a raza, grupo étnico o idioma.

Para ver el programa de calidad de DHMC, visite: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-chp-quality-improvement-program-description>. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más detalles o si tiene inquietudes acerca de nuestro Programa de Calidad.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

>> 11) QUEJAS

¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que haga DHMC. Por ejemplo, usted podría no estar satisfecho con lo siguiente:

- la calidad de la atención médica o del servicio que recibe;
- el modo en que DHMC lo trata;
- cosas que DHMC hace con las que usted no se siente a gusto.

Usted puede presentar una queja en cualquier momento para informarnos (verbalmente o por escrito) cuando no está satisfecho con su servicio o atención.

Qué hacer si tiene una queja:

Si tiene una queja, usted o su representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR) pueden comunicarse con **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** al **303-602-2261**. Usted o su DPR también pueden escribir a Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals). Asegúrese de incluir en su carta su nombre, número de id. de Medicaid (una letra y los 6 números que figuran en su tarjeta), domicilio y número de teléfono si escribe a Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals) de DHMC. También puede completar el formulario de quejas y apelaciones que se encuentra en el final de este manual y enviarlo.

Envíe su queja por escrito al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Grievances and Appeals Department
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de Health First Colorado Enrollment por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

Después de presentar una queja:

Después de presentar una queja, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles para confirmar la recepción de su queja.

DHMC estudiará en detalle su queja y decidirá cómo manejarla (en otras palabras, DHMC tratará de resolver su queja). Los miembros del personal de DHMC que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Un miembro del personal de DHMC con capacitación médica adecuada revisará su queja si usted presenta una porque siente que ha recibido una atención médica deficiente o porque DHMC rechazó su solicitud de apelación acelerada (consulte la sección llamada “¿Qué es una apelación?” que se encuentra en el *Manual para miembros*).

DHMC tomará una decisión acerca de su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de quince (15) días hábiles a partir del día en que usted presentó la queja. El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su queja y la fecha en que DHMC tomó esa decisión.

Usted o DHMC pueden extender el plazo que DHMC tiene para tomar una decisión respecto de su queja. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su queja, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC solo extenderá este plazo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el plazo para decidir sobre su queja y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora.

Si necesita ayuda para presentar una queja:

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

DHMC lo ayudará a presentar una queja. Si necesita ayuda para completar un formulario o para llevar a cabo los pasos para presentar una queja, incluido el uso de un intérprete o servicios de TTY, llame a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** al **303-602-2261**.

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja:

Si aún no está satisfecho con la forma en que DHMP maneja su queja, puede presentar su reclamo al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing). La decisión del Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing) es definitiva. Puede llamarlos al **1-800-221-3943** (sin cargo) o puede escribirles al siguiente domicilio:

Department of Health Care Policy & Financing
Attn: DHMC Medicaid Choice Contract Manager
1570 Grant St.
Denver, CO 80203-1714

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

>> 12) APELACIONES

¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?

Es una carta que DHMC le envía a usted en caso de que DHMC realice alguna determinación adversa de beneficios respecto de cualquier parte de los servicios de DHMC. Una determinación adversa de beneficios es lo siguiente:

- cuando DHMC niegue o limite un tipo o nivel de servicio que haya solicitado;
- cuando DHMC reduzca, suspenda o deje de autorizar un servicio que usted ha estado recibiendo;
- cuando DHMC niegue el pago completo o parcial de sus servicios;
- cuando DHMC no le brinde un servicio de manera oportuna;
- cuando DHMC no resuelva su apelación o queja dentro de los plazos requeridos; o
- la denegación de su solicitud de disputar el costo de los servicios médicos.

Una carta de aviso de determinación adversa de beneficios incluye lo siguiente:

- la determinación adversa de beneficios que DHMC planea llevar a cabo;
- la razón de la determinación adversa de beneficios;
- su derecho a apelar esta determinación adversa de beneficios;
- la fecha límite que usted tiene para apelar;
- su derecho a pedir una audiencia imparcial estatal;
- cómo pedir una audiencia imparcial estatal;
- cuándo usted puede pedir que se acelere el proceso de apelación;
- cómo seguir recibiendo sus servicios mientras se decide la apelación o la audiencia imparcial estatal;
- cuándo posiblemente deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras la decisión final está pendiente; y
- una explicación de que tiene derecho a que se le brinde, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y demás información pertinente a la determinación adversa de beneficios.

Aviso de determinación adversa de beneficios:

DHMC debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si DHMC planea cesar el pago o reducir cualquier servicio que usted viene recibiendo, debe enviarle una carta de aviso de determinación adversa de beneficios diez (10) días calendario antes de la fecha en que cesará el pago o reducirá los servicios.

DHMC puede acortar el plazo a cinco (5) días calendario si:

- Hay un fraude.

DHMP debe notificarlo antes de la fecha de la determinación adversa de beneficios si:

- El miembro ha fallecido.
- El miembro está institucionalizado y no es elegible para los servicios de asistencia médica.
- Se desconoce el paradero del miembro y no hay un domicilio de envío.
- El miembro se ha mudado fuera del estado o fuera del área metropolitana de Denver, o se ha vuelto elegible para recibir los beneficios de Medicaid fuera del estado.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

- El médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención.
- El aviso implica una determinación adversa sobre los requisitos de evaluación previa a la admisión.
- Debe ser dado de alta o trasladado a otra instalación rápidamente.
- La determinación adversa de los beneficios es una denegación de pago.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud que usted o su DPR pueden hacer para revisar una determinación adversa de beneficios por parte de DHMC. Si usted piensa que una determinación adversa de beneficios por parte de DHMC es incorrecta, usted o su DPR pueden llamarnos o escribirnos para apelar la determinación adversa de beneficios. Un proveedor puede presentar una apelación en su nombre si usted lo designa como su DPR. Si no está satisfecho después de la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal después de haber realizado todos los pasos correspondientes en el proceso de apelación de DHMC. Esta audiencia se explica en la sección "Audiencia imparcial estatal" de este manual.

Cómo presentar una apelación:

Usted tiene sesenta (60) días calendario para presentar una apelación después de haber recibido una carta de aviso de determinación adversa de beneficios. Si desea que DHMP continúe pagando su atención durante el proceso de apelación, debe presentar su apelación antes. Consulte la sección denominada "**Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal**" para obtener información adicional.

Para apelar una determinación adversa de beneficios, usted puede hacer lo siguiente:

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** de **DHMC** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si apela una determinación adversa de beneficios verbalmente, también debe enviar una apelación por escrito (a menos que haya solicitado una apelación acelerada).
- Complete el formulario de quejas y apelaciones que aparece en el final de este manual y envíelo por fax al **303-602-2078** o por correo a **DHMC Grievances and Appeals, 777 Bannock, MC 6000, Denver, CO 80204**.

Cómo presentar una apelación acelerada (rápida):

Si su vida o su salud corren peligro y necesita que DHMC tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** de **DHMC** al **303-602-2261** y solicitar una apelación acelerada. Si DHMC aprueba su solicitud de una apelación acelerada, DHMC tomará una decisión sobre su apelación tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud.

Si DHMC niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMC se comunicará con usted para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMC también le enviará una carta en un plazo de dos (2) días calendario a partir de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido negada. La carta le informará acerca de su derecho a presentar una queja si queda insatisfecho con la decisión de DHMC. Recibirá una versión escrita de su apelación junto con esta carta de negación (si presentó su apelación verbalmente) que debe firmar y enviar de regreso a DHMC.

DHMC entonces revisará su apelación en el plazo estándar que se explica en la siguiente sección.

Después de presentar una apelación:

Después de presentar una apelación, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles (a menos que haya presentado una apelación acelerada) para confirmar la recepción de su apelación.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

DHMC estudiará los detalles de su apelación y decidirá si acepta su apelación (anular la acción de DHMC) o niega su apelación (mantener la acción de DHMC). DHMC utilizará diferentes miembros del Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeal Department) para revisar esta acción. Si usted apela una determinación adversa de beneficios que se fundamentó en la “falta de necesidad médica”, un miembro del personal de DHMC, con un profesional médico, revisarán la acción para tomar una decisión respecto de su apelación.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DPR pueden brindarle a DHMC (en persona o por escrito) pruebas u otra información que ayude en su caso. Tenga en cuenta que si se acelera su apelación, tiene un plazo menor para presentar esta información ante DHMC. Usted o su DPR también pueden revisar el expediente de su caso antes y durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye sus registros médicos y cualquier otra información que DHMC utiliza para decidir sobre su apelación.

Para las apelaciones estándares, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito con la decisión a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la recepción de la apelación estándar. Para apelaciones aceleradas, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la apelación acelerada. DHMC también lo notificará por teléfono acerca de la decisión para apelaciones aceleradas.

El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su apelación y la fecha en que se completó. Si el resultado no es positivo para usted, el aviso por escrito también le brindará la siguiente información:

- su derecho a pedir una audiencia imparcial estatal y cómo pedirla;
- su derecho a solicitar a DHMC que continúe con sus servicios mientras la audiencia imparcial estatal esté pendiente, y cómo hacer dicha solicitud;
- que quizás deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras pendía la audiencia imparcial estatal si el estado concuerda con la decisión de DHMC.

Cómo extender los plazos de las apelaciones:

Usted o DHMC pueden extender el plazo que DHMC tiene para tomar una decisión respecto de su apelación acelerada o estándar. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC solo extenderá este plazo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el plazo para decidir sobre su apelación y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora. Este aviso por escrito también le explicará su derecho a presentar una queja si no concuerda con la decisión de DHMC de extender el plazo. Durante este plazo extendido, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión al final del plazo de extensión.

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación:

Para obtener ayuda para presentar una apelación, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Comunicarse con el Defensor del Pueblo de **Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)** al **303-830-3560** o al **1-877-435-7123**.

No perderá sus beneficios de Health First Colorado por apelar una determinación adversa de beneficios. ¡La ley lo exige!

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Audiencia imparcial estatal:

Si usted no queda satisfecho con alguna acción que tome DHMC, DEBE pasar por el proceso de apelación que se explicó anteriormente. En cualquier momento dentro de los 120 días calendario después de haber recibido la carta de aviso de determinación de la apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción llevada a cabo por DHMC. Su proveedor también puede solicitar una revisión si usted lo nombra su DPR. A esta revisión se la conoce como audiencia imparcial estatal. Puede pedir una audiencia imparcial estatal cuando:

- Se nieguen los servicios que usted solicita, o la decisión de aprobar los servicios no se toma de manera oportuna.
- Usted cree que la acción tomada es errónea.

Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted, su DPR o su proveedor suscriptor deben enviar una carta a los Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts). La carta debe incluir lo siguiente:

- su nombre, domicilio y número de id. de Medicaid (una letra y 6 números);
- la acción, la negación o la falta de actuación rápida por la cual envía la solicitud de apelación;
- la razón por la que se apela la acción, la negación o la falta de actuación rápida.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o puede usar como representante a un proveedor, un guía legal, un pariente, un amigo u otro portavoz. Usted o su representante tendrán la oportunidad de presentar pruebas ante el juez de derecho administrativo para defender su caso. Usted o su representante también pueden solicitar los registros pertinentes a su apelación.

Si desea que alguien más lo represente, aun así debe completar el formulario de consentimiento escrito de la audiencia imparcial estatal llamado "Autorización para una persona que no es abogada (Non-Attorney Authorization)". Este formulario se encuentra en el sitio web del estado de Colorado en Department of Personnel and Administration, Office of Administrative Courts (Departamento de Personal y Administración, Tribunales Administrativos). A la persona cuyo nombre usted coloque en este formulario se la conoce como representante autorizado. Debe pedir una audiencia imparcial estatal por escrito dentro de los 120 días calendario a partir del aviso de resolución de la apelación al siguiente domicilio:

Office of Administrative Courts

1525 Sherman St., 4th Floor

Denver, CO 80203

DHMC lo ayudará si necesita ayuda para pedir una audiencia imparcial estatal. Simplemente **llame a Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261** y solicite ayuda. También puede llamar a la **Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts)** al **303-866-2000**. Cualquier decisión tomada en una audiencia imparcial estatal es decisiva.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal:

En algunos casos, DHMC seguirá cubriendo los servicios mientras se espera por la decisión de una apelación o audiencia imparcial estatal. DHMC seguirá cubriendo sus servicios mientras espera por una decisión si:

- Presenta su apelación dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha que figura en su carta de aviso de determinación adversa de beneficios o de la fecha de entrada en vigencia de la acción de DHMC.
- Su apelación implica la cancelación, suspensión o reducción de un curso de tratamiento previamente autorizado.
- Los servicios que recibe provienen de un proveedor autorizado.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.

- No ha expirado el plazo original de autorización de su(s) servicio(s).
- Solicita continuar con sus beneficios dentro de los 10 días calendario posteriores a que DHMP envíe el aviso de determinación adversa de beneficios en o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la fecha de determinación adversa de beneficios propuesta por DHMP.

Recuerde, aún debe comunicarse con **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** de **DHMC** llamando al **303-602-2261** y decirles que usted desea que DHMC siga cubriendo sus servicios. Sus servicios continuarán hasta:

- que usted decida cancelar su apelación;
- diez (10) días calendario después de la decisión final de su apelación a menos que, dentro de esos 10 días, usted pida una audiencia imparcial estatal con continuación de servicios hasta que se llegue a una decisión final en la audiencia imparcial estatal;
- que la audiencia imparcial estatal determine que DHMC no debe pagar por sus servicios;
- o bien, que finalice el tiempo límite de su autorización original de servicio.

Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal aprueban su apelación o audiencia imparcial estatal (se revoca la decisión de negar sus servicios), y usted continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMC pagará por aquellos servicios. Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal llegan a una decisión final que no concuerdan con su apelación, posiblemente deberá pagar por los servicios que recibió mientras esperaba por la decisión final de DHMC o de la oficina de la audiencia imparcial estatal respecto a su apelación. Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal aprueban su apelación o audiencia imparcial estatal (se revoca la decisión de negar sus servicios), y usted no continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMC autoriza o presta esos servicios tan pronto como lo requiera su afección de salud, pero a más tardar 72 horas a partir de la fecha de revocación de la determinación adversa de beneficios.

Defensor del Pueblo de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado):

El Defensor del Pueblo es independiente de todos los planes de atención médica de Health First Colorado. Si usted tiene algún problema o inquietud, el Defensor del Pueblo trabajará junto con usted y su médico o plan de salud para buscar una solución que satisfaga a todos.

Si usted es miembro de Health First Colorado (esto incluye DHMC) y tiene un problema con un proveedor de Denver Health o con su proveedor de salud mental:

- Antes que nada, hable con su médico o comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** de **DHMC** llamando al **303-602-2116**. Esto suele ayudar.
- También puede llamar al **Defensor del Pueblo para la atención administrada por Health First Colorado**.

Área metropolitana: 303-830-3560

Fuera del área metropolitana: 1-877-435-7123

Llame al Programa del Defensor del Pueblo (Ombudsman Program) en las siguientes situaciones:

- cuando no pueda conseguir una cita o tenga que esperar demasiado para esta;
- cuando no pueda consultar a un especialista;
- cuando no esté conforme con la atención brindada a usted o a un familiar;
- cuando su plan de salud le niegue un servicio;
- cuando necesite ayuda para presentar una queja, un reclamo o una apelación;
- cuando no sepa con seguridad a quién llamar.

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.

Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics)

Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, estas recomendaciones para la atención médica pediátrica están diseñadas para el cuidado de niños que están recibiendo una crianza competente, que no tienen manifestaciones de problemas de salud importantes y están creciendo y desarrollándose de manera satisfactoria. Los problemas de desarrollo, psicosociales y de enfermedades crónicas en niños y adolescentes pueden requerir frecuentes visitas de asesoramiento y tratamiento aparte de las visitas de atención preventiva.

También pueden ser necesarias visitas adicionales si las circunstancias sugieren variaciones de lo normal. Estas recomendaciones representan un consenso de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) y Bright Futures. Consulte la guía específica por edad como se enumera en la publicación *Bright Futures Guidelines* (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017).

EDAD	INFANCIA								PRIMERA INFANCIA						
	Prenatal	Recién nacido	3 a 5 días	Antes de 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	3 años	4 años
ANTECEDENTES Inicial/Intervalo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEDIDAS															
Longitud/estatura y peso		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Circunferencia de la cabeza		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			
Peso por longitud		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•				
Índice de masa corporal												•	•	•	•
Presión arterial		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
EVALUACIÓN SENSORIAL															
Vista		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
Audición		•	•			★	★	★	★	★	★	★	★	★	•
SALUD CONDUCTUAL/DEL DESARROLLO															
Evaluación del desarrollo								•					•		
Pruebas de detección de trastornos del espectro autista											•	•			
Vigilancia del desarrollo		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación conductual/psicosocial		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación del uso de tabaco, alcohol o drogas															
Prueba de detección de depresión															
Prueba de detección de depresión maternal				•	•	•	•								
EXAMEN FÍSICO		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDIMIENTOS															
Sangre del recién nacido		•	•												
Bilirrubina del recién nacido		•													
Anomalías cardíacas congénitas críticas		•													
Vacunas		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anemia						★			•	★	★	★	★	★	★
Plomo							★	★	•	★	•	•	★	★	★
Tuberculosis				★			★		★			★		★	★
Dislipidemia											★				★
Infecciones de transmisión sexual															
VIH															
Displasia cervical															
SALUD BUCAL							•	•	★		★	★	★	★	★
Barniz de flúor											•				•
Suplemento de flúor							★	★	★	★	★	★	★	★	★
GUÍA ANTICIPADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al **1-855-281-2418**.



Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) (continuación)

Las recomendaciones en este adjunto no indican un curso de tratamiento ni un estándar de atención médica exclusivos. Las variaciones, teniendo en cuenta las circunstancias individuales, pueden ser adecuadas. Copyright© 2019 por la Academia Estadounidense de Pediatría, actualizado en marzo de 2019.

EDAD	INFANCIA MEDIA						ADOLESCENCIA										
	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años
ANTECEDENTES Inicial/Intervalo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEDIDAS																	
Longitud/estatura y peso	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Circunferencia de la cabeza																	
Peso por longitud																	
Índice de masa corporal	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Presión arterial	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EVALUACIÓN SENSORIAL																	
Vista	•	•	★	•	★	•	★	•	★	★	•	★	★	★	★	★	★
Audición	•	•	★	•	★	•	←		•	→	←	•	→	←		•	→
SALUD CONDUCTUAL/DEL DESARROLLO																	
Evaluación del desarrollo																	
Pruebas de detección de trastornos del espectro autista																	
Vigilancia del desarrollo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación conductual/psicosocial	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación del uso de tabaco, alcohol o drogas							★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Prueba de detección de depresión								•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Prueba de detección de depresión maternal																	
EXAMEN FÍSICO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDIMIENTOS																	
Sangre del recién nacido																	
Bilirrubina del recién nacido																	
Anomalías cardíacas congénitas críticas																	
Vacunas	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anemia	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Plomo	★	★															
Tuberculosis	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Dislipidemia		★		★	←	•	→	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Infecciones de transmisión sexual							★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★
VIH							★	★	★	★	←	•	→	★	★	★	★
Displasia cervical																	•
SALUD BUCAL	★	★															
Barniz de flúor	→																
Suplemento de flúor	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★					
GUÍA ANTICIPADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Para obtener información adicional sobre el cronograma de periodicidad, visite:

<https://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-transformation/managing-patients/Pages/Periodicity-Schedule.aspx>

Si tiene alguna duda, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** llamando al **303-602-2116** o sin costo al 1-855-281-2418.