



**DENVER HEALTH  
MEDICAL PLAN** INC.

**CHP+**

MEMBER HANDBOOK  
MANUAL PARA MIEMBROS



**CHP+**  
Child Health Plan Plus

**Child Health Plan Plus**  
offered by Denver Health Medical Plan, Inc.  
ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.

## >> ÍNDICE

<b>Terminología</b> .....	<b>3</b>
Números de teléfono importantes.....	6
¡Bienvenido a DHMP!.....	7
Video de orientación para miembros nuevos.....	7
Su tarjeta de id. de miembro de CHP+.....	9
Dónde puede recibir atención .....	10
1) Cómo funciona su plan.....	12
Cómo obtener información acerca de los proveedores.....	12
¿Qué es un PCP? .....	12
¿Por qué es importante su PCP?.....	12
Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMP.....	12
Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista .....	13
Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios.....	13
Inscripción y cancelación de inscripción.....	14
Elegibilidad presunta.....	14
Inscripción abierta.....	16
¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP?.....	16
Otro seguro.....	16
Facturas médicas.....	16
Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes en la facturación.....	17
¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?.....	17
Planes de incentivos para médicos.....	18
Lesiones o enfermedades causadas por terceros.....	18
Uso de un representante personal designado (DPR) .....	19
Privacidad.....	19
Formar parte del Comité Asesor del Consumidor .....	20
Boletín informativo para miembros de DHMP.....	20
Solicitud del plan de evaluación y mejora de la calidad.....	20
2) Sus derechos y responsabilidades .....	21
Sus derechos .....	21
Sus responsabilidades .....	22
3) Cómo recibir atención.....	23
Atención de emergencia .....	23
Atención de urgencia .....	23

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Atención posterior a la estabilización.....	24
Atención preventiva y de rutina.....	25
Cómo programar una cita.....	25
Estándares para citas de DHMP.....	25
Farmacia.....	26
Farmacia por Correo.....	27
4) Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar.....	29
Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar.....	29
5) Atención médica para la mujer.....	30
Planificación familiar.....	30
Consulta a un obstetra o ginecólogo.....	30
Atención durante el embarazo.....	30
Cómo inscribir a su recién nacido en DHMP.....	30
Miembros adultos en el Programs de Atención Prenatal.....	30
6) Atención médica para niños.....	31
Servicios de intervención temprana (EIS).....	31
Controles del niño recomendados con su PCP.....	31
Vacunas para niños y adolescentes.....	33
Cronograma de vacunas.....	33
Vacunas para niños y adolescentes.....	33
7) Programas especiales de atención médica.....	33
Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas.....	34
Gestión de casos.....	34
Gestión de la Utilización de Servicios.....	35
Medicamente necesario.....	35
Pautas de práctica clínica.....	36
8) Sus beneficios de DHMP.....	37
Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan.....	55
9) Servicios adicionales.....	56
NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health.....	56
10) Calidad.....	56
11) Quejas.....	57
¿Qué es una queja?.....	57

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Qué hacer si tiene una queja .....	57
Después de presentar una queja .....	57
Si necesita ayuda para presentar una queja.....	58
Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja.....	58
12) Apelaciones.....	58
¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?.....	58
Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios.....	59
¿Qué es una apelación?.....	60
Cómo presentar una apelación .....	60
Cómo presentar una apelación acelerada (rápida).....	60
Después de presentar una apelación.....	60
Cómo extender los plazos de las apelaciones.....	61
Cómo obtener ayuda para presentar una apelación.....	61
Audiencia imparcial estatal.....	62

#### FORMULARIOS INCLUIDOS AL FINAL DEL MANUAL:

- Formulario de coordinación de beneficios
- Formulario de nombramiento de representante personal designado
- Formulario de quejas y apelaciones de los miembros

## LETRAS GRANDES U OTROS IDIOMAS:

**Si necesita este manual en letras grandes, en otros formatos, en otros idiomas, o que se lo lean en voz alta, o necesita una copia, llame al 303-602-2100 o al 1-800-700-8140. 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 1-800-700-8140 (State Relay 711).**

## >> 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:** una solicitud de revisión de una determinación adversa de beneficios por parte de un miembro de CHP+ o un proveedor que actúe en nombre del miembro

**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 un enfermero diplomado 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 de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias

**Atención en la sala de emergencias:** es una habitación o área de un hospital con personal y equipada para la recepción y el tratamiento de personas que requieran atención médica inmediata.

**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 domicilio debido a una enfermedad o lesión

**Autorización previa:** un proceso durante el cual las solicitudes de procedimientos, servicios o ciertas medicaciones con receta se revisan antes de ser brindados para la aprobación de los beneficios, la duración de la estadía, la ubicación adecuada y la necesidad médica. Para las medicaciones con receta, el comité de farmacia y terapéutico designado de la red de atención administrada estatal de CHP+ define las medicaciones y los criterios de cobertura, incluida la necesidad de autorización previa para ciertas medicaciones.

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

**Copago:** un monto en dólares que paga para recibir un servicio, suministro o medicación con receta específica. Un copago es un monto fijo predeterminado que se paga en el momento en que se presta el servicio.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Equipo médico durable (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:** un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones. Un médico no especialista es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de atención médica.

**Hospitalización:** colocación de un paciente en un hospital para estudio diagnóstico y tratamiento

**Medicamento necesario o “necesidad médica”:** necesidad médica es un bien o un servicio del programa de asistencia médica que:

- Prevendrá, diagnosticará, curará, corregirá, reducirá o mejorará, o se espera razonablemente que lo haga, el dolor y el sufrimiento, o los efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo a causa de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad. Esto puede incluir un curso de tratamiento que incluya la mera observación o ningún tratamiento en absoluto.
- Se brinda de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados para la atención médica en los Estados Unidos.
- Es clínicamente adecuado en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración.
- No se provee principalmente para el beneficio económico del proveedor o para la conveniencia del cliente, cuidador o proveedor.
- Se ofrece en los entornos más adecuados conforme al estado del cliente.
- No es experimental o de investigación.
- No es más costoso que otras opciones de tratamientos igualmente eficaces.
- No está sujeto de ninguna otra manera a una exclusión en virtud de este folleto.

El hecho de que un proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe la atención, el tratamiento, los servicios o los insumos no significa que la atención, el tratamiento, los servicios o suministros sean médicamente necesarios.

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

**Médico de atención primaria:** un médico (Doctor en Medicina o M.D. o Doctor en Osteopatía o D.O.), enfermero profesional, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que brinde, coordine o ayude a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica

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

**Plan:** es un plan de beneficios para realizar pagos de atención médica por sus servicios de atención médica.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Prima:** costo mensual de la cobertura

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

**Proveedor no participante:** proveedor, centro o prestador que no está contratado dentro de la red y que no acepta brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan

**Proveedor participante:** proveedor, centro o prestador que está contratado para brindar los servicios médicos al miembro de DHMP

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

**Queja:** manifestación de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios, que incluye, sin carácter limitativo, la calidad de la atención o los servicios prestados y los aspectos de las relaciones interpersonales, como la descortesía del proveedor o del empleado, o la falta de respeto a los derechos del miembro

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

**Seguro de salud:** seguro contra gastos ocasionados por enfermedad del asegurado

**Servicios de cuidados paliativos:** 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:** si lo necesita, puede obtener servicios 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.

**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:** son los servicios o beneficios que no están cubiertos por una póliza de atención médica en particular. En este caso, DHMP.

**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.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

**EMERGENCIAS: LLAME AL 9-1-1.**

**2-1-1: para acceder fácilmente a la información sobre servicios humanos y de salud**

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

**Línea de Citas (Appointment Line):**

- Para programar una cita con un proveedor de DHMP: 303-436-4949
- Centro de Salud Comunitario Stride: 303-360-6276 o <https://stridechc.org/services/new-patients/>

DHMP brinda asistencia y servicios auxiliares gratuitos a los miembros con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. Para obtener ayuda en lenguaje de señas, así como en interpretación oral, puede acceder a servicios en cualquier idioma de forma gratuita. Para obtener información sobre los beneficios, hacer preguntas o plantear inquietudes, comuníquese con

- Servicios del Plan de Salud: 303-602-2100
- Llamada gratuita: 1-800-700-8140
- 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:**

- Departamento de Farmacia (Pharmacy Department) de DHMP: 303-602-2070

**Elegibilidad e inscripción de CHP+ de Colorado:**

**Este número es para todos los miembros de CHP+ de Colorado, independientemente de su plan de salud de CHP+.**

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

**Para obtener información sobre revisiones 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: 1-888-307-6561
- 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, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> ¡BIENVENIDO A DHMP!

¡Bienvenido a Child Health Plan Plus (CHP+) ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.!

Nos complace que haya elegido a Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) con Child Health Plan Plus (CHP+). CHP+ es un programa de seguro de salud de bajo costo para los niños de Colorado sin seguro menores de 19 años y así como un Programa de Atención Prenatal de seguro. CHP+ es para los niños y mujeres embarazadas cuyas familias ganan o poseen demasiado para reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid pero que no pueden pagar un seguro privado.

DHMP es una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que gestiona la atención para miembros de CHP+ a través de la red de Denver Health. Para recibir la cobertura de DHMP, usted debe residir en los condados de Denver, Jefferson, Adams o Arapahoe. Si se muda y necesita actualizar su domicilio, llame al Departamento de Servicios de la Salud (Department of Health Services, DHS) de su condado local o al Programa de Asistencia Médica de Colorado al 1-800-359-1991 para que le llegue su correspondencia. En DHMP, nuestra principal inquietud es que usted o su hijo reciba la atención médica adecuada. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** si desea obtener más detalles acerca de la estructura y funcionamiento de DHMP.

Vea nuestro video de orientación para miembros nuevos para obtener información importante sobre los servicios y beneficios que se le ofrecen a través de su plan CHP+. Encontrará el video en

<http://www.denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-chp>.

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMP. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores de atención médica que trabajan con DHMP y el Centro de Salud Comunitario Stride <https://stridechc.org/locations/>. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en Internet, en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>. Si desea una copia impresa, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100 para solicitarla, y se la enviaremos dentro de los cinco (5) días hábiles.

Este *Manual para miembros* lo ayudará a que usted o su hijo obtenga la atención médica que necesita. En este manual, se explican los beneficios que usted o su hijo recibirá como miembro de DHMP. Este documento también es su *Evidencia de cobertura*. Usted tiene derecho a obtener en cualquier momento un nuevo *Manual para miembros* y todos los datos del *Manual para miembros*. Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** por teléfono

al **303-602-2100** o por escrito si necesita un nuevo *Manual para miembros*, un *Directorio de proveedores* o si tiene alguna pregunta. Los materiales se le enviarán dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que se hayan solicitado. DHMP está aquí para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este manual, o tiene dudas, comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Este *Manual para miembros* es también una guía para el Programa de Atención Prenatal de CHP+. Este programa ofrece mucho más que la atención prenatal. Ofrece muchos beneficios durante y después del embarazo, incluidas las visitas al médico cuando está enferma, las recetas, los servicios de visión, dentales y de salud mental. La cobertura es válida hasta 60 días después del final del embarazo.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Si adquiere otro seguro, comienza a recibir la cobertura de Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado) o se muda fuera de Colorado, ya no es elegible para el Programa de Atención Prenatal de CHP+.

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 303-602-2100** si necesita este manual o cualquier otra información para miembros en otro idioma o en un formato diferente.

DHMP brinda a sus miembros servicios de intérpretes gratuitos en varios idiomas. Si desea utilizar los servicios de un intérprete durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al representante del **Centro de Citas** al programar su cita al **303-436-4949**.

DHMP también ofrece servicios de TTY, sin costo alguno, para aquellas personas 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.

### **Su tarjeta de id. de DHMP:**

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMP al visitar a su proveedor, recoger un medicamento en la farmacia o para obtener cualquier otro servicio de salud. Si usted pierde su tarjeta de id., llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar una nueva. La nueva tarjeta llegará por correo en unas semanas.

### **Como miembro de DHMP, 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 DHMP.
- Colaborar voluntariamente con su PCP.
- Usar los proveedores de la red de DHMP para recibir servicios fuera del consultorio del PCP.
- Esto lo asignará a su hogar médico y lo ayudará a mantenerse saludable y en contacto con su PCP.
- DH crea un registro médico para usted como miembro del plan.

### **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, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Su tarjeta de id. de DHMP CHP+**

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN  
 CHILD HEALTH PLAN PLUS

Effective Date: ← 3

1 → Member ID#: Name:

2 → Group #: CHP21

**CHP+**  
Child Health Plan Plus

**MedImpact**

RxBIN: 003585      Language: ENG

RxPCN: ASPROD1      Prior authorization may be  
 RxGrp: DHM03      required for some services.

4 → Rx ID #:

5 → In Network  
\$0  
Prescriptions  
\$0

6 → Out of Network  
ER/UC:

**Frente**

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](http://denverhealthmedicalplan.org)

Health Plan Services: 800-700-8140	<u>Pharmacy Providers</u>
TTY Users : 711	Rx Help Desk/Auths: 303-602-2070
NurseLine: 303-739-1261	MedImpact Help Desk: 800-788-2949

**DENVER HEALTH  
 MEDICAL PLAN**INC.

Paper Claims: PO Box 24992 • Seattle, WA 98124-0992  
 EDI Payor ID #84135

**Reverso**

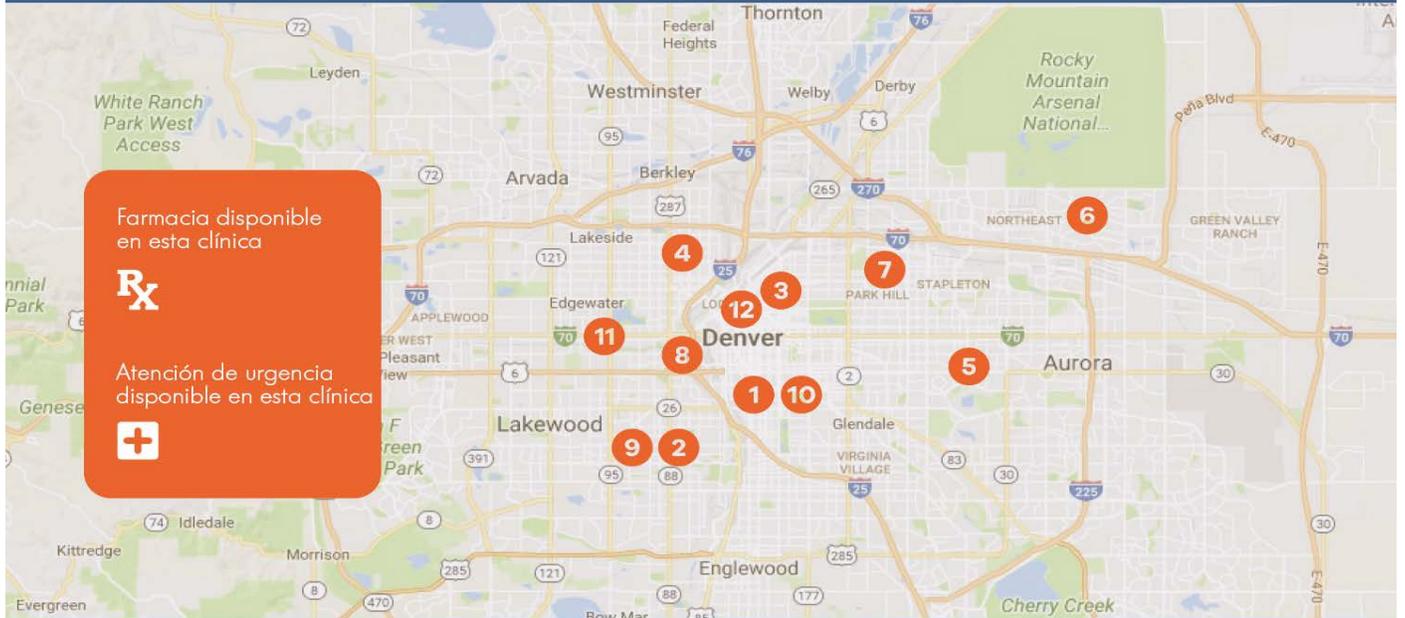
- |                                                                                                                           |                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1) Número de id. del miembro</b></p> <p><b>2) Número de grupo</b></p> <p><b>3) Fecha de entrada en vigencia</b></p> | <p><b>4) Número de grupo para medicamentos con receta</b></p> <p><b>5) Nombre del plan</b></p> <p><b>6) Copagos de beneficios</b></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.



**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, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al **1-800-700-8140**.

Esta es una lista de las clínicas de Denver Health **donde puede recibir atención**. Estas clínicas forman parte de la red contratada de CHP+ de DH. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Puede consultar a cualquier proveedor de la red de CHP+ de DH. Algunos proveedores especialistas requieren una remisión primero; consulte la sección “Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista”. Comuníquese con el Centro de Citas llamando al 303-436-4949 si necesita programar una cita para una visita a una clínica.

## >> 1) CÓMO FUNCIONA SU PLAN

### Cómo obtener información acerca de los proveedores:

Puede llamar al consultorio de su proveedor o a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

### ¿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.

Los miembros del Programa de Atención Prenatal pueden elegir a un obstetra o ginecólogo como su proveedor de atención primaria. Su PCP le ayuda a obtener la atención que necesita. Brinda una amplia gama de servicios de atención médica, que incluyen los controles, las visitas por enfermedad, las vacunas, el diagnóstico y tratamiento iniciales, la supervisión de la salud, la gestión de las afecciones crónicas, las remisiones a especialistas cuando sea necesario y la garantía de la continuidad de la atención.

### Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMP:

Usted debe elegir a un PCP o un hogar médico de inmediato. Usted puede consultar el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores y las clínicas de DHMP para elegir a su PCP o su hogar médico. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMP o véalo en Internet en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>.

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

### **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 DHMP 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 fuera de DHMP. Si no recibe una remisión de su PCP y una aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de consultar o de recibir los servicios de cualquier proveedor o especialista externo, posiblemente deba pagar por la atención que reciba. Aunque DHMP no se opone a la prestación de servicios por motivos morales o religiosos, los proveedores individuales pueden tener tales objeciones. Tiene derecho a cambiar proveedores si un proveedor individual tiene objeciones para prestar un servicio.

Usted no necesita una aprobación:

- Para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMP.
- Para consultar a un obstetra o ginecólogo de Denver Health (un proveedor que solamente trata a mujeres debido a razones reproductivas) para exámenes anuales.
- Para recibir servicios de planificación familiar o ver a un proveedor de planificación familiar.
- Para recibir atención de emergencia o urgencia (dentro o fuera de DHMP).
- Para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, usted puede autorremitirse a un proveedor dentro de la red para recibir estos servicios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:
  - asesoramiento individual
  - asesoramiento familiar
  - asesoramiento grupal
  - servicios de gestión de casos
- Para servicios de emergencia de salud mental o de abuso de sustancias. Usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que se haya notificado a DHMP acerca de la internación de emergencia.

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

### **Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios:**

DHMP 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 DHMP
- beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMP

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- 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

DHMP 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:**

Usted es quien decide ser miembro de DHMP. Usted puede cancelar su inscripción en DHMP por cualquier motivo en los siguientes casos:

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

### **Elegibilidad presunta:**

El Programa de Elegibilidad Presunta (Presumptive Eligibility, PE) brinda a los niños menores de 19 años y a las mujeres embarazadas una cobertura médica temporal de Health First Colorado o de Child Health Plan Plus (CHP+) de inmediato. Su cobertura médica temporal tiene una duración mínima de 45 días mientras se procesa su solicitud de asistencia médica. Para reunir los requisitos, debe:

- ser un niño menor de 19 años o una mujer embarazada
- parecer que reúne los requisitos para Child Health Plan Plus (CHP+)
- completar una solicitud para la asistencia médica

Nota: Los servicios dentales no están cubiertos mientras esté en el Programa de Elegibilidad Presunta.

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

- Se muda fuera del área de cobertura de DHMP (condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver).
- Usted necesita recibir dos (2) o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no está disponible en la red de DHMP, y su proveedor le informa a DHMP que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMP por error.
- Usted siente que la calidad de la atención que recibe es deficiente, no tiene acceso a los servicios de DHMP ni a los tipos de proveedores que usted necesita, y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Health Care Policy and Financing, HCPF) está de acuerdo.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- Su PCP abandona la red DHMP.
- Otras razones aprobadas por el HCPF.

DHMP puede solicitarle que cancele su inscripción en el plan DHMP. DHMP puede obtener el permiso del HCPF para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted ya no es un residente permanente en el área de servicio de DHMP o ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMP 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 aparte de CHP+.
- Usted se encuentra en un plan de Medicare u otro plan de salud que no es un plan DHMP.
- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño.
- La cobertura del Programa de Atención Prenatal de CHP+ se cancela 60 días después del último día del mes en el que finalizó el embarazo. Por ejemplo, si el parto ocurre el 26 de junio, su cobertura finalizará el 30 de agosto.
- Tras la muerte del miembro.
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMP intencionalmente acerca de usted mismo, y dicha información afecta su condición de inscripción.
- Cualquier otra razón dada por DHMP y con la que el HCPF esté de acuerdo.

DHMP también puede solicitarle que cancele su inscripción en el plan DHMP. Su proveedor puede solicitarle 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 DHMP (listadas como “Sus responsabilidades” en este manual).
- Es abusivo con sus proveedores, el personal de DHMP u otros miembros de DHMP.

DHMP debe darle una (1) advertencia verbal antes de que pueda solicitar la cancelación de su inscripción por estas razones. Si continúa con su comportamiento, DHMP 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 DHMP si continúa con su comportamiento.

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Inscripción abierta:**

También tiene 90 días (los 90 días antes del final de su período de elegibilidad) para cambiar de DHMP a otro plan de salud por cualquier motivo. Estos plazos se conocen como período de inscripción abierta.

Se le enviará una carta recordatoria cuando se encuentre en el período de inscripción abierta. Durante este tiempo, usted puede optar por permanecer en DHMP o elegir un plan de salud diferente.

**¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP?**

Usted no puede recibir servicios a través de DHMP cuando:

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

**Otro seguro:**

Ser elegible para recibir los beneficios de CHP+ depende de que el miembro no tenga ningún otro seguro de salud que no sea el Programa de Atención para Personas de Bajos Recursos y el Programa de Atención Médica para Niños con Necesidades Especiales (Health Care Program for Children with Special Needs, HCP). Si el miembro está cubierto por otro seguro válido, dejará de ser elegible para recibir los beneficios de CHP+.

Si usted contrata cualquier otro seguro de salud, debe informarle a DHMP. Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o completar el formulario al final de este manual y enviarlo al domicilio indicado en el formulario. Puede encontrar formularios adicionales en Internet en

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordination-benefits>. Si se descubre que un miembro de DHMP tiene otro seguro de salud, su cobertura de DHMP será cancelada (finalizada). Las excepciones a tener cobertura doble son Medicare y seguro dental.

**Facturas médicas:**

DHMP paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMP. Posiblemente deba pagar por un servicio si no está cubierto o si lo brinda un proveedor fuera de la red de DHMP sin obtener la aprobación primero (consulte “Cómo obtener una aprobación o una remisión para consultar a un especialista” para obtener más información). Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si recibe una factura de un proveedor.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

### **Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes:**

La mayoría de las personas que trabajan con DHMP son honestas. Por desgracia, posiblemente algunos no lo sean. Tanto los miembros como los proveedores pueden cometer fraude. Cada año CHP+ pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención médica sea más cara para todos.

#### **Ejemplos de fraude de los miembros:**

- utilizar la tarjeta de id. de otra persona o prestar su tarjeta de id. a alguien que no tiene derecho a utilizarla
- proveer información falsa en una solicitud de inscripción para obtener la cobertura

#### **Ejemplos de fraude de los proveedores:**

- facturar a DHMP por servicios que usted nunca obtuvo
- facturar a DHMP por equipos diferentes

### **¡Usted también puede ayudar a combatir el fraude!**

Guarde los recibos 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. Además, proteja su tarjeta de id. de miembro. No permita que nadie tome prestada su tarjeta de id. de miembro ni comparta su información.

#### **Si sospecha de fraude, comuníquelo a DHMP:**

**Por teléfono:** puede realizar una llamada gratuita a Values Line al 1-800-273-8452. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede brindar su nombre y número, o permanecer anónimo.

#### **Por escrito:**

Denver Health Enterprise Compliance Services

ATTN: DHMP Compliance

601 Broadway, Mail Code 7776

Denver, Colorado 80204

**Por correo electrónico:** [ComplianceDHMP@dhha.org](mailto:ComplianceDHMP@dhha.org)

### **¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?**

- si consulta a ciertos proveedores o especialistas sin la aprobación de DHMP y su PCP
- si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto
- si no respeta las reglas de la farmacia
- si hay 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 DHMP, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

### **Planes de incentivos para médicos:**

DHMP no compensa, recompensa ni incentiva financieramente o de otro modo a los asociados por restricciones inadecuadas de atención. No promovemos ni ofrecemos ningún incentivo a los empleados o revisores de proveedores por retener beneficios para aprobación para servicios médicamente necesarios a los que tiene derecho. Las decisiones sobre la revisión de la utilización y la cobertura de beneficios se basan en la idoneidad de la atención y el servicio, y los términos correspondientes de este folleto. No diseñamos, calculamos, otorgamos ni permitimos incentivos financieros o de otro tipo basados en la frecuencia de denegaciones de autorización para cobertura, reducciones o limitaciones en la duración de la estadía en el hospital, servicios o cargos médicos, o llamadas telefónicas u otros contactos con los proveedores de atención médica o los miembros.

### **Lesiones o enfermedades causadas por terceros:**

Un tercero puede causarle una lesión o enfermedad. El tercero que le causó una lesión o enfermedad (“parte responsable”) podría ser otro conductor, su empleador, una tienda, un restaurante u otra persona. Si un tercero le causa una lesión o enfermedad, usted acepta que:

- DHMP puede cobrar los beneficios pagados directamente a la parte responsable o a la compañía de seguros de la parte responsable.
- Le dirá a DHMP, dentro de los 30 días de haberse lesionado o enfermado, cuando otra parte haya causado la lesión o la enfermedad.
- Le dirá a DHMP los nombres de la parte responsable y la compañía de seguros de la parte responsable.
- Le dirá a DHMP el nombre del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
- Usted o su abogado notificará a la compañía de seguros de la parte responsable que:
  - DHMP ha pagado o está en el proceso de pagar sus facturas médicas.
  - La compañía de seguros debe comunicarse con DHMP para discutir el pago a DHMP.
  - La compañía de seguros debe pagarle a DHMP 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 se pague por completo a DHMP.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía de seguros hasta que DHMP 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 DHMP, usted o su abogado tendrán que pagarle a DHMP hasta haber saldado la deuda por los beneficios pagados. DHMP no debe pagarle a su abogado ningún honorario ni costo por el cobro del dinero del seguro.
- DHMP 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. DHMP podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
- DHMP le podrá dar a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMP necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar un permiso para proveer los registros de DHMP a la compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualquier otra documentación que ayuden a DHMP a recibir su pago.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- Usted y su abogado le proveerán a DHMP cualquier información solicitada acerca de su reclamo contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMP acerca de cualquier acuerdo con la parte responsable o demandas contra esta, y sobre la compañía de seguros de dicha parte.
- Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMP para cobrar por parte de la compañía de seguros los beneficios pagados.
- Usted le deberá a DHMP cualquier dinero que DHMP sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted accede a pagar a DHMP todos los honorarios y costos de abogados que DHMP 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 DHMP, DHMP podrá comunicarse con el estado de Colorado y solicitará la cancelación de su inscripción en DHMP por esta causa y que se lo inscriba en el plan estatal de CHP+.
- DHMP 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. DHMP 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 **303-602-2100**.

#### **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 (designated personal representative, DPR). 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 DHMP 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 DHMP 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. Usted puede confiar en que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad. Esto incluye información del miembro como la edad, la raza/grupo étnico, el idioma y demás información personal de contacto. DHMP 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 DHMP. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedir una copia de las prácticas de privacidad, sin costo para usted.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Formar parte del Comité Asesor del Consumidor:**

El Comité Asesor del Consumidor de DHMP es un grupo formado por personal, miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMP que se reúnen regularmente para hablar sobre el plan DHMP. Cuando usted se une al Comité Asesor del Consumidor de DHMP, nos ayuda a mejorar nuestro plan. ¿Desea ayudar a mejorar su plan de salud? ¿Tiene ideas respecto de los cambios que debería implementar DHMP? ¿O simplemente desea compartir sus experiencias con el personal de DHMP? Queremos oír todo lo que tenga que decir. Además, en nuestro sitio web le pedimos su opinión acerca de los materiales para miembros que se le envían. Visite el enlace y envíenos sus comentarios en [denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-connect-us](https://denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-connect-us) o comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** para formar parte del Comité Asesor del Consumidor de DHMP.

**Boletín informativo para miembros de DHMP:**

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

**Solicitud del plan de evaluación y mejora de la calidad:**

Como miembro de DHMP, usted puede solicitar una copia del plan de evaluación y mejora de la calidad. Visite: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program> para obtener el plan más actualizado.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 2) SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### Sus derechos:

Denver Health Medical Plan (DHMP) 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 DHMP, a otro personal de atención médica y a usted, nuestro miembro. DHMP se compromete a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMP, usted tiene los siguientes derechos:

- A ser tratado con respeto y 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 un tratamiento.
- A recibir una segunda opinión (que otro proveedor analice su caso) sin costos para usted. DHMP programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMP 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 DHMP 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 DHMP (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 recibir servicios de atención médica fuera de la red de Denver Health si a usted no le es posible recibirlos en la red de Denver Health (DHMP primero debe aprobar los casos que no sean de emergencia o urgencia).
- A solicitar y a recibir una copia de sus registros médicos, y a solicitar que se enmienden o corrijan.
- A presentar una queja o una apelación, o a solicitar una audiencia imparcial estatal.
- A unirse al Comité Asesor del Consumidor de DHMP.
- A obtener información completa sobre beneficios de DHMP. 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 antes mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMP.
- A que se le proporcionen servicios de atención médica de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**Sus responsabilidades:**

DHMP 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 DHMP, usted también es responsable de lo siguiente:

- seleccionar a 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) y una autorización de la Gestión de la Utilización de Servicios si la atención se brindará fuera de su red contratada
- respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMP
- llamar al Centro de Citas para cambiar su PCP
- pagar por toda atención médica que reciba sin la remisión de su PCP (a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia, urgencia o planificación familiar)
- pagar por todo servicio no cubierto por DHMP o CHP+
- comunicar a DHMP acerca de cualquier otro seguro que tenga además de CHP+
- llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 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. Una emergencia es cuando 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.

DHMP no se negará a proporcionarle servicios de emergencia si el proveedor no se comunica con DHMP 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. DHMP cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencia, de urgencia y de estabilización no necesita una aprobación previa por parte de DHMP. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención médica que reciba que no sea atención de emergencia, urgencia o estabilización debe ser provista por un proveedor de Denver Health a menos que haya recibido autorización previa para recibir atención fuera de la red.

Llame a Servicios del Plan de Salud lo antes posible cuando usted o su hijo sean internados debido a una situación de emergencia (no programada).

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). El enfermero 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.
- **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261**. Esta línea puede comunicarlo con un enfermero de DHMP durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El enfermero de DHMP puede ayudarlo a decidir si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia.
- La atención de urgencia virtual ahora está disponible para todos los usuarios de MyChart de Denver Health. Es fácil y conveniente obtener la atención de urgencia que necesita desde la comodidad de su

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

hogar, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más asistencia y detalles.

No necesita la aprobación de DHMP 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 DHMP.

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.). Estas clínicas están abiertas de 8:30 a.m. a 10 p.m., de lunes a viernes, y de 10 a.m. a 9 p.m. los fines de semana.

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. DHMP pagará por su atención posterior a la estabilización si se encuentra en Denver Health. Si se encuentra en un hospital que no es Denver Health debido a una emergencia, su atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMP. 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 es de Denver Health le brinde atención posterior a la estabilización y DHMP no los haya aprobado previamente, aun así DHMP debe pagar por los servicios si:

- El proveedor en el hospital que no es Denver Health le solicita a DHMP la aprobación de sus servicios de atención médica posterior a la estabilización y DHMP no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una (1) hora.
- No se puede comunicar con DHMP.
- DHMP y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.

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

- Un proveedor de DHMP que también trabaja en un hospital que no es de Denver Health se hace responsable de su atención.
- El proveedor del hospital que no es de Denver Health le comunica a DHMP que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health, y un proveedor de DHMP se hace cargo de usted.
- DHMP y el proveedor del hospital que no es de Denver Health llegan a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.
- El proveedor que no pertenece a Denver Health decide que se le puede dar el alta del hospital que no pertenece a Denver Health.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Cuando el proveedor del hospital que no es 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), DHMP trabajará para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. DHMP seguirá cubriendo su atención 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 DHMP cobraría por los servicios proporcionados por DHMP.

### **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. Llame al Centro de Citas para recibir ayuda para este tipo de atención. 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 representante del Centro de Citas al programar la suya. Los nuevos pacientes pueden programar una cita en Internet en [www.denverhealth.org](http://www.denverhealth.org). Una vez que haya sido examinado en cualquiera de las clínicas de Denver Health, usted puede programar una cita en Internet registrándose en MyChart en <https://mychart.denverhealth.org/mychart/openscheduling>. MyChart le permite enviar un mensaje a su médico, ver los resultados de las pruebas, renovar las medicaciones y programar una cita virtual de atención de urgencia.

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

<b>Estándares para citas de DHMP</b>	
<b>Tipo de atención</b>	<b>Normas para citas</b>
<b>Emergencia</b>	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<b>Urgencia</b>	Dentro de las 24 horas de su llamada
<b>Médica no urgente/no emergente, no urgente y sintomática</b>	Dentro de los 7 días
<b>Atención sintomática no urgente por abuso de sustancias o servicios de salud conductual</b>	Dentro de los 7 días calendario
<b>Exámenes físicos de bienestar para pacientes asintomáticos/problema médico no emergente y no urgente</b>	Dentro de los 30 días
<b>Citas ambulatorias de seguimiento</b>	Dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Estándares para citas de DHMP	
Tipo de atención	Normas para citas
Atención de salud conductual de emergencia	Por teléfono dentro de los quince (15) minutos posteriores al contacto inicial, en persona en el plazo de una (1) hora desde el contacto

### **Farmacia:**

Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMP con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMP pague por su medicamento con 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

Primary Care Pharmacy (Webb)  
301 W. 6<sup>th</sup> Ave.  
Denver, CO 80204

Public Health Pharmacy  
605 Bannock St.  
Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy  
501 28<sup>th</sup> St.  
Denver, CO 80205

La Casa Pharmacy  
4545 Navajo St.  
Denver, CO 80211

Westside Pharmacy  
1100 Federal Blvd.  
Denver, CO 80204

Lowry Pharmacy  
1001 Yosemite St.  
Denver, CO 80230

Southwest Pharmacy  
1339 S. Federal Blvd.  
Denver, CO 80219

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 DHMP. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el seguro de DHMP, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens. Puede visitar en Internet <http://www.denverhealthmedicalplan.org> para acceder al portal de miembros para encontrar una farmacia cercana a usted.

Puede llamar al número de teléfono que figura en su envase para solicitar una renovación. Si usa las farmacias de Denver Health, puede solicitar una renovación llamando a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** al **303-389-1390** o puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco 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.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

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

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 DHMP.

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

Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los medicamentos de venta libre del *Formulario de medicamentos* solamente se pueden obtener en Denver Health. 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)
- desempeño/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)
- pérdida de peso
- tratamientos experimentales o en investigación (medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos)

### **Farmacia por Correo:**

DHMP ofrece Farmacia por Correo. Farmacia por Correo 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 Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo) le entrega recetas para un suministro para 90 días, usted solamente necesitará renovar sus medicamentos con receta cuatro 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.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Las medicaciones que están cubiertas tienen un costo de \$0. Usted no necesita dejar una tarjeta de crédito registrada si solo desea que Farmacia por Correo le envíe a su casa medicaciones cubiertas. Si su domicilio cambia, llame al **Centro de Llamadas de Farmacias** al **303-436-4488** 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.

Este programa no provee sustancias controladas ni medicaciones especializadas. Estas se deben recoger en cualquier farmacia ambulatoria de Denver Health. Para renovar los medicamentos con receta en Farmacia por Correo, llame a la Línea de **Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** al **303-389-1390**.

Para obtener información acerca de sus beneficios de farmacia, visite <http://www.denverhealthmedicalplan.org> y haga clic en Child Health Plan Plus. En este sitio web, usted puede:

- Hacer 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 registro del 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 **303-602-2100** o al **1-800-700-8140**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 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 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.

Si la sala de emergencias o el centro de atención de urgencias deciden que deben internarlo en un hospital, el centro deberá comunicarse con la **Línea de Hospitalización Fuera de la Red (Out-Of-Network Hospitalization Line) de DHMP** llamando al **303-602-2162** lo antes posible e infórmenos sobre su hospitalización. DHMP se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención que necesite. Cuando su salud mejore lo suficiente, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMP lo transfiera a Denver Health. Si usted se niega ser transferido a Denver Health, tal vez deba pagar por el resto de los servicios que reciba en el otro hospital.

### **Viajes fuera del país**

Los servicios de atención médica brindados fuera del país están cubiertos solo para atención de emergencia. Si tiene una emergencia fuera del país, debe acudir al establecimiento médico más cercano. Informe al hospital que la factura detallada del hospital debe enviarse a:

Denver Health CHP+  
P.O. Box 24992  
Seattle, WA 98124-0992

Si el hospital acepta facturarnos y nuestro pago, se le reembolsarán los servicios cubiertos directamente al hospital.

Si el hospital no acepta nuestro pago, usted debe pagarle al hospital. Si tiene que pagar directamente al hospital, le recomendamos que pague con una tarjeta de crédito porque la compañía de la tarjeta de crédito convertirá automáticamente la moneda extranjera a dólares estadounidenses. Requerimos un comprobante de pago (por ejemplo, un recibo, y documentación del monto pagado en dólares estadounidenses) para reembolsarle directamente. Consulte las instrucciones enumeradas anteriormente en esta sección para obtener más información.

Cuando regrese a casa, contáctenos. Es posible que necesitemos registros médicos por los servicios recibidos. Usted es responsable de proveer estos registros médicos y puede ser necesario proporcionar una traducción de los registros médicos al inglés.

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

### **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 DHMP. Fuera de Colorado, los medicamentos con receta solo están cubiertos para situaciones de emergencia por un suministro máximo para 3 días. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMP consigo para mostrársela al farmacéutico.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 5) ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MUJER

### Planificación familiar:

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 y visitas al consultorio para hablar sobre planificación familiar y cómo tomar decisiones saludables sobre la reproducción.

Puede acudir a un proveedor de DHMP o a cualquier proveedor que acepte Health First Colorado (programas CHP+) para planificación familiar. No es necesario que obtenga una autorización previa o una remisión para ningún proveedor, independientemente de si está dentro de la red o no. Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen: un ginecólogo u obstetra/ginecólogo, un enfermero obstetra certificado, una clínica de planificación familiar, un enfermero profesional o su médico habitual.

### Consulta a un obstetra o ginecólogo:

No necesita una aprobación ni una remisión para consultar a un obstetra o ginecólogo de DHMP para recibir servicios durante el embarazo o atención femenina de rutina. Si usted ya lleva más de tres (3) meses de embarazo y es un miembro nuevo de DHMP, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual, incluso si se encuentra fuera de la red de DHMP. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

### 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 DHMP:

Todos aquellos bebés que nazcan de madres que sean miembros de DHMP quedan cubiertos desde la fecha de nacimiento hasta 30 días calendario o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Puede inscribir a su hijo en DHMP, de la misma manera que la madre lo hizo, y este recibirá atención en Denver Health. También puede llamar a **Child Health Plan Plus (CHP+)** al **1-800-359-1991** para agregar al recién nacido. Su bebé estará cubierto por su cobertura solo durante 30 días; después tendrá que solicitar la cobertura para su hijo recién nacido. Un especialista en elegibilidad e inscripción de CHP+ puede ayudarle con ese proceso. La mayoría de los bebés nacidos de madres adolescentes son elegibles para Health First Colorado; sin embargo, algunos niños recién nacidos pueden reunir los requisitos para CHP+.

### **Miembros adultos en el Programa de Atención Prenatal**

Los hijos recién nacidos de las mujeres aprobadas para el Programa de Atención Prenatal de CHP+ están automáticamente cubiertos por CHP+ durante 12 meses a partir de la fecha de nacimiento. Comuníquese con Elegibilidad e Inscripción de CHP+ al 800-359-1991 para inscribir a su bebé.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 6) ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

### Servicios de intervención temprana (EIS):

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 3 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.

Se trata de un programa opcional y no discrimina por motivos de raza, cultura, religión, nivel de ingresos ni discapacidad.

Para obtener más información acerca de los EIS, llame al **1-888-777-4041** o visite <http://www.eicolorado.org>.

### Controles del niño recomendados con su PCP:

Debe recibir todos los controles necesarios y recomendados para que su PCP pueda detectar señales tempranas de enfermedad. También debe utilizar sus visitas de control para asegurarse de que reciba todas las vacunas adecuadas.

DHMP recomienda los siguientes controles y evaluaciones de detección:

Edad	Controles/evaluaciones de detección
<b>0 a 15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● controles del niño sano/físicos: 8 visitas</li> <li>● dental: cada 6 meses a partir de 1 año de edad</li> <li>● audición: 1 control en hospital (al nacer); 2 controles</li> <li>● visión: 1 control</li> </ul>
<b>18 meses a 2 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● controles del niño sano/físicos: 3 visitas</li> <li>● dental: cada 6 meses</li> <li>● audición: 1 control después de cada efusión del oído medio</li> <li>● visión: 1 control a los 2 años de edad</li> </ul>
<b>3 a 20 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● controles del niño sano/físicos: 1 visita por año</li> <li>● dental: cada 6 meses</li> <li>● audición: 1 control a los 4-6, 8 y 10 años de edad</li> <li>● visión: 1 control</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

### 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.

### Cronograma de vacunas:

Edad	Vacunas
<b>Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis B.</li> <li>• DTaP (Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina).</li> <li>• IPV, poliomielitis.</li> <li>• Hib (haemophilus influenza tipo b).</li> <li>• PCV, neumocócica (Previene la neumonía).</li> <li>• RV, rotavirus (virus estomacal).</li> <li>• Influenza, gripe estacional (a partir de los 6 meses de edad).</li> </ul>
<b>1 a 3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis A.</li> <li>• Hepatitis B.</li> <li>• Hib.</li> <li>• Poliomielitis.</li> <li>• SPR (Previene el sarampión, las paperas y la rubéola).</li> <li>• Varicela (Previene la varicela si el niño no ha tenido varicela).</li> <li>• DTaP.</li> <li>• Neumocócica.</li> <li>• Meningocócica (Previene la meningitis).</li> <li>• Influenza (cada 6 meses).</li> </ul>
<b>4 a 6 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DTaP.</li> <li>• Poliomielitis.</li> <li>• SPR.</li> <li>• Varicela.</li> <li>• Influenza (cada 6 meses).</li> </ul>
<b>11 a 12 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tdap (Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina).</li> <li>• VPH, virus del papiloma humano (Previene las verrugas genitales).</li> <li>• Meningocócica (Previene la meningitis).</li> <li>• Influenza (anual).</li> </ul>
<b>13 a 21 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse.</li> <li>• Influenza (anual).</li> </ul>
<b>Adulto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Td (Previene el tétanos y la difteria): cada 10 años.</li> <li>• Influenza (anual).</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

### **Vacunas para niños y adolescentes:**

Las vacunas para niños y adolescentes están cubiertas según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Todas las vacunas recomendadas son un beneficio cubierto por un proveedor de la red o una farmacia contratada sin costo para el miembro.

La vacuna contra el VPH está cubierta para las niñas y los niños elegibles, y se recomienda enfáticamente para evitar el cáncer de cuello uterino (para las niñas) o verrugas genitales.

Se recomienda que los niños reciban una vacuna contra la gripe cada año. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMP sugiere especialmente la vacuna contra la gripe para las siguientes personas:

- todos los niños en riesgo elevado
- niños con problemas de salud de larga duración o con un problema en el sistema inmunitario o niños con asma
- niños de 6 a 59 meses de edad (4 años y 11 meses)
- niños con hermanos y hermanas menores de 6 meses de edad
- 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 3 meses de embarazo durante la temporada de gripe (si el bebé nacerá entre diciembre y mayo)

Consulte la tabla "Cronograma de vacunas" en este manual para obtener más información sobre las vacunas.

## **>> 7) PROGRAMAS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA**

DHMP 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 médicas.

Denver Health ofrece clases de atención materna. Para acceder a las clases, llame al 303-602-5526 o para obtener más información, visite <https://www.denverhealth.org/services/womens-health/maternity-pregnancy>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Si se encuentra en el segundo o tercer trimestre de su embarazo y es un miembro nuevo de DHMP, puede seguir viendo a su obstetra / ginecólogo actual hasta que finalice la atención hasta el parto, incluso si su obstetra / ginecólogo está fuera de la red de DHMP. Si tiene un proveedor fuera de la red, deberá enviar una autorización previa para los servicios y debe comunicarse con el Servicio del Plan de Salud para obtener más información. Tendrá 90 días a partir de la fecha de inscripción para solicitar la cancelación de la inscripción y unirse a otro plan de Organización de atención administrada si así lo desea.

### **Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas:**

Si usted es un miembro nuevo con necesidades especiales, puede seguir viendo a su proveedor que no pertenece a DHMP durante sesenta (60) días después de inscribirse en DHMP. Su proveedor que no pertenece a DHMP debe acceder a trabajar con DHMP 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 inscribirse en DHMP. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMP durante esos 75 días.

Usted debe comunicarle a DHMP 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 un especialista (un médico especializado en una o más áreas de atención médica), usted necesitará una aprobación para una cierta cantidad de visitas para ver al especialista o utilizar este médico como su PCP.

Si el especialista que usted debe consultar pertenece a la red de Denver Health, no se necesita autorización. Si el especialista que usted consulta no pertenece a la red de Denver Health, su PCP puede remitirlo y la Gestión de la Utilización de Servicios revisará la solicitud.

### **Servicios de gestión de atención:**

En DHMP, entendemos que las personas pueden enfrentar muchos desafíos al vivir con diagnósticos complejos. Denver Health Medical Plan 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 para atender todas sus necesidades especiales de atención médica
- 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 ayudarlos 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, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- apoyo continuo cuando tengan un acontecimiento de atención médica importante, como una hospitalización o el nacimiento de un niño
- coordinación de la 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

Su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un miembro de su equipo de atención puede iniciar los servicios de gestión de atención. Si usted tiene interés en alguno de estos servicios, comuníquese con su hogar médico centrado en el paciente (Patient Centered Medical Home, PCMH).

### **Gestión de la Utilización de Servicios:**

La Gestión de la Utilización de Servicios revisa las solicitudes de remisiones de su PCP y otorga la aprobación de la autorización cuando es médicamente necesario que usted reciba atención fuera de su red contratada. Se requieren autorizaciones para el pago de servicios y tratamientos que no están disponibles en Denver Health o que 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 una instalación que no pertenezca a Denver Health. Consulte la sección “Sus beneficios de DHMP” que se encuentra en este manual para obtener más información acerca de los servicios cubiertos que requieren autorización por parte de DHMP. 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.

Puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud si desea saber qué información utiliza DHMP cuando toma decisiones respecto de las autorizaciones o cómo garantizamos que usted reciba atención de calidad.

### **Médicamente necesario:**

DHMP 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 cubrirá este plan. Esto significa que DHMP solo le proveerá la atención que sea necesaria para diagnosticar, tratar o monitorear una afección. Esto quiere decir que no recibir atención médica podría afectar su salud de manera negativa.

Si un servicio no es médicamente necesario, por ejemplo, una cirugía plástica, DHMP no lo pagará.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

**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.

Para ver más información sobre las pautas de práctica clínica, visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program>. También puede solicitar una copia de estas pautas sin costo alguno para usted llamando a Servicios del Plan de Salud.

## >> 8) SUS BENEFICIOS DE DHMP

Esta es una lista de sus beneficios de Child Health Plan Plus (CHP+) con DHMP. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMP para ver si es médicamente necesario. El hecho de que un proveedor prescriba, ordene, recomiende o apruebe un servicio, tratamiento o suministro no garantiza el pago por nuestra parte.

### PARTE A: TIPO DE COBERTURA

1. TIPO DE PLAN	Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)
2. ¿ESTÁ CUBIERTA LA ATENCIÓN FUERA DE LA RED?	Solo en casos de atención de emergencia, urgencia o planificación familiar
3. ÁREAS DE COLORADO EN LAS QUE EL PLAN ESTÁ DISPONIBLE	El plan está disponible solo en las siguientes áreas: los condados de Denver, Jefferson, Arapahoe y Adams

### PARTE B: RESUMEN DE BENEFICIOS

NOTA IMPORTANTE: Este formulario no es un contrato. Es solo un resumen. Su plan puede excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no figuran a continuación. Es posible que los beneficios que se muestran en este resumen estén disponibles solamente si se siguen los procedimientos del plan requeridos (p. ej., los planes pueden requerir autorización previa, una remisión de su médico de atención primaria o el uso de proveedores o centros especificados). Consulte el *Manual para miembros* para determinar los términos y las condiciones exactos de cobertura.

<b>SOLO DENTRO DE LA RED</b> (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).	
<b>TIPO DE DEDUCIBLE</b> ¿Cuál es el límite máximo de desembolso directo?	No se aplican deducibles.
<b>DEDUCIBLE ANUAL</b> a) [Individual] [Una persona] b) [Familiar] [Más de una persona]	a) No se aplican deducibles. b) No se aplican deducibles.
<b>LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO DIRECTO ANUAL</b> a) Individual b) Familiar c) ¿El deducible está incluido en el límite de gastos de desembolso directo?	a) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. b) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. c) No se aplican deducibles.
<b>LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO O DE POR VIDA PAGADO POR EL PLAN EN CONCEPTO DE TODA ATENCIÓN</b>	Sin máximo de por vida con excepción de los trasplantes de órganos principales
<b>PROVEEDORES CUBIERTOS</b>	Proveedores de Denver Health and Hospital Authority, Denver Health Medical Center y Centro de Salud Comunitario Stride. Consulte el <i>Directorio de</i>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<i>proveedores</i> para obtener una lista completa de los proveedores actuales.
<b>Con respecto a los planes de la red, ¿puedo acceder a todos los proveedores mencionados anteriormente a través de mi médico de atención primaria?</b>	Sí
<b>PERÍODO DURANTE EL CUAL NO SE CUBREN LAS AFECCIONES PREEXISTENTES</b>	No corresponde; el plan no impone plazos de limitación para las afecciones preexistentes.
<b>¿QUÉ TRATAMIENTOS Y AFECCIONES ESTÁN EXCLUIDOS DE ESTA PÓLIZA?</b>	Las exclusiones varían según la póliza. La lista de exclusiones está disponible inmediatamente cuando lo solicite o en el <i>Manual para miembros</i> . Revíselas para ver si un servicio o un tratamiento que usted necesita pudiera estar excluido de la póliza.

<b>Inclusiones y exclusiones:</b> SOLO DENTRO DE LA RED (La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique).	
	✓ Esta marca de verificación significa que el servicio es un beneficio cubierto. × Esta marca "x" significa que el servicio no es un beneficio cubierto.
<b><i>Servicios de ambulancia y transporte</i></b>	Sin copago (100% cubiertos) DHMP ofrece servicios de ambulancia para emergencias médicas. Los vehículos ambulancia deben estar diseñados para transportar enfermos o heridos, y contar con la licencia correspondiente. <b>Servicios no cubiertos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Transporte comercial, avión privado o automóvil, taxi aéreo o ambulancia para sillas de ruedas.</li> <li>× Transporte en ambulancia si no hay emergencia.</li> <li>× Si llama a una ambulancia y decide no usar el transporte, entonces usted tendrá que pagar los gastos.</li> <li>× Transporte en ambulancia desde la emergencia hasta su hogar.</li> </ul>
<b><i>Atención dental.</i></b>	Los servicios dentales no están cubiertos por DHMP, excepto en algunos casos que se describen a continuación. DHMP ofrece cobertura médica y no debe ser considerado como un proveedor de servicios dentales. <b>Los miembros de CHP+ son elegibles para recibir cobertura dental a través de DentaQuest. A partir del 1 de octubre de 2019, los servicios dentales también estarán disponibles para las mujeres prenatales de Child Health Plan Plus (CHP+). Comuníquese con DentaQuest al 1-888-307-6561 para conocer los beneficios específicos relacionados con la atención dental.</b> Casos en los que DHMP cubrirá ciertos servicios dentales (Debe tener autorización previa): <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios dentales relacionados con accidentes; incluye la reparación de dientes sanos (dientes completos y sanos que no necesitan más tratamiento que el relacionado con el accidente) o de tejido corporal relacionado, en un plazo de 72 horas después de un accidente.</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Internaciones para recibir atención dental: no incluye los cargos por los servicios dentales, solo si el miembro tiene una afección física no relacionada con la salud dental que hace que la hospitalización sea médicamente necesaria.</li> <li>✓ Aplicación de barniz de flúor hasta 2 veces al año para niños de entre 0 y 4 años.</li> <li>✓ Procedimientos con base médica para paladar hendido y labio leporino. (Consulte la lista de procedimientos a continuación).</li> </ul> <p>Procedimientos médicamente necesarios para paladar hendido y labio leporino. (El miembro no debe tener ningún otro seguro dental):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de cirugía bucal y facial, y servicios relacionados, incluida la atención de seguimiento</li> <li>• tratamiento protésico</li> <li>• tratamiento de ortodoncia médicamente necesario</li> <li>• tratamiento de otorrinolaringología</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× restauración de los dientes, la boca o la mandíbula por morder o masticar mal</li> <li>× restauraciones que no son médicamente necesarias</li> <li>× servicios dentales para pacientes hospitalizados o ambulatorios (excepto la situación descrita anteriormente)</li> <li>× aumento o reducción de la mandíbula superior o inferior</li> <li>× dispositivos artificiales implantados y de injerto óseo para el desgaste dental</li> <li>× terapia de articulación temporomandibular (ATM) o cirugía a menos que tenga una base médica</li> </ul>
<p><b>Servicios de intervención temprana</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Consulte la sección "Servicios de intervención temprana" de este manual para obtener más información. Los siguientes son algunos de los servicios que se ofrecen ilimitadamente a través de EIS para niños de 0 a 3 años, de lo contrario, hasta 30 visitas por año calendario por diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terapia física</li> <li>✓ terapia del habla</li> <li>✓ terapia ocupacional</li> </ul>
<p><b>Servicios de atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). No se requiere autorización previa dentro ni fuera de la red.</p> <p>Consulte las secciones "Emergencia" y "Atención de urgencia" en este manual para obtener más información acerca de estos servicios.</p>
<p><b>Planificación familiar/salud reproductiva</b></p>	<p>Sin copago (100% cubierto) No es necesario que obtenga una autorización previa o una remisión para ningún proveedor, independientemente de si está dentro de la red o no. Puede ser un PCP o un obstetra o ginecólogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ inyección (vacuna) de Depo-Provera para fines de control de la natalidad</li> <li>✓ colocación de diafragma o de capuchón cervical</li> <li>✓ implantación y extracción quirúrgica de un dispositivo anticonceptivo</li> <li>✓ colocación, inserción o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU)</li> <li>✓ pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pruebas y tratamiento para ITS (infecciones de transmisión sexual) y VIH</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× esterilización quirúrgica (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) y servicios relacionados</li> <li>× reversión de los procedimientos de esterilización</li> <li>× productos anticonceptivos de venta libre, como preservativos y espermicida</li> <li>× asesoramiento y pruebas genéticas antes de la concepción, de paternidad o solicitados por un tribunal (por ejemplo, pruebas para determinar el sexo o las características físicas del bebé)</li> <li>× interrupción electiva del embarazo, a menos que la interrupción electiva sea necesaria para salvar la vida de la madre o si el embarazo es resultado de un acto de violación o de incesto</li> </ul>
<p><b>Servicios de alimentación y nutrición</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Los servicios de nutrición deben ser ofrecidos por un terapeuta con licencia dentro de la red. Todos los servicios deben ser previamente autorizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia enteral y nutrición parenteral (total parenteral nutrition, TPN): Estos servicios se prestan normalmente a través de una agencia de atención médica a domicilio.</li> <li>✓ Alimentos médicos para uso doméstico para trastornos hereditarios enzimáticos involucrados con el metabolismo de los aminoácidos, ácidos orgánicos y ácidos grasos.</li> <li>✓ Asesoramiento en nutrición para personas diabéticas.</li> <li>✓ Servicios nutricionales en cuidados paliativos: Evaluación nutricional, asesoramiento y alimentación si se determina que son médicamente necesarios.</li> <li>✓ Alimentos formulados para trastornos metabólicos.</li> <li>✓ Evaluación nutricional y terapia cuando sean médicamente necesarias.</li> <li>✓ Aparatos de alimentación y evaluaciones alimentarias necesarios cuando no es posible la ingesta normal de alimentos.</li> <li>✓ Valoración nutricional por obesidad/sobrepeso.</li> <li>✓ Leche materna humana cuando sea necesaria para la supervivencia del bebé.</li> </ul> <p>Cualquier equipo relacionado con los servicios de nutrición estará sujeto al límite de equipo médico durable (durable medical equipment, DME). (Consulte la sección "Equipos e insumos médicos" en esta tabla).</p> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× alimentación por sonda, alimentación enteral o cualquier tipo de alimento o comida que no sea médicamente necesario o solicitado por los motivos antes expuestos</li> <li>× programas de pérdida de peso, de ejercicios o de gimnasio</li> <li>× educación para amamantar o fórmula para bebés (excepto en el caso de trastornos metabólicos)</li> <li>× clínicas de alimentación</li> </ul>

<b>Educación para la salud</b>	Sin copago (100% cubierta) La educación para la salud provista por el PCP de su hijo está cubierta. Esto puede incluir información sobre cómo alcanzar y conservar la salud física y mental, y cómo evitar enfermedades y lesiones. Tal vez el médico de su hijo le haga preguntas adecuadas para la edad durante la visita de salud de su hijo. Esto lo ayudará a su PCP a decidir sobre los temas por tratar cuando analicen la educación para la salud de su hijo. Nuestra Clínica de Mujeres también brinda educación sobre atención materna.
<b>Servicios de atención de la audición (audiología)</b>	Sin copago (100% cubiertos) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ evaluaciones de detección de la audición correspondientes a la edad para atención preventiva</li> <li>✓ pruebas para evaluar la audición del recién nacido y seguimiento si no se aprueba el examen</li> <li>✓ audífonos, cuando sean médicamente necesarios</li> </ul>
<b>Atención médica a domicilio</b>	Sin copago (100% cubierta). Se requiere autorización previa. Este beneficio se aplica a la atención y a la terapia de infusión domiciliarias (terapia IV), e incluye todos los servicios, insumos o terapias que sean médicamente necesarios para el tratamiento debido a una enfermedad o lesión. No se requiere hospitalización previa. Todos los servicios tienen que ser solicitados por su PCP u otro proveedor de la red de DHMP (que trabaja para DHMP). DHMP debe autorizar todos los servicios y puede revisar los planes de tratamiento para la atención médica a domicilio en cualquier momento. Los servicios incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios de enfermería.</li> <li>✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras.</li> <li>✓ Insumos médicos (incluidos suministros respiratorios), equipo médico durable (alquiler o compra), oxígeno, aparatos, prótesis y aparatos ortopédicos.</li> <li>✓ Medicaciones intravenosas (IV) y otras medicaciones con receta que normalmente no están disponibles a través de una farmacia minorista.</li> <li>✓ Servicios nutricionales para determinados trastornos. (Consulte la sección "Servicios de alimentación y nutrición").</li> </ul> <b>Servicios no cubiertos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>× cuidado de custodia</li> <li>× atención que es proporcionada por un enfermero que normalmente vive en la casa del miembro o que es un familiar directo del paciente</li> <li>× servicios o insumos para confort o conveniencia personal</li> <li>× servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados</li> <li>× asesoramiento religioso o espiritual</li> </ul>
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa. Esto incluye todos los servicios, los insumos o las terapias que son médicamente necesarios para el tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Visitas al proveedor.</li> <li>✓ Enfermería especializada y enfermería con licencia.</li> <li>✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras.</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios nutricionales para determinados trastornos. (Consulte la sección “Servicios de alimentación y nutrición”).</li> <li>✓ Atención de relevo provista por hasta cinco (5) días continuos por cada 60 días de cuidados paliativos</li> </ul> <p>Para ser elegible para recibir beneficios de cuidados paliativos a domicilio o como paciente hospitalizado, el miembro debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos, según lo certifique el médico a cargo de la atención. Inicialmente DHMP aprueba los cuidados paliativos por un período de tres meses. Una vez que este período se haya agotado, DHMP trabajará con su PCP y el proveedor de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. DHMP puede revisar los planes de tratamiento para la salud en el domicilio en cualquier momento.</p> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados</li> <li>× servicios o insumos para confort o conveniencia personal</li> <li>× servicios de enfermería privada;</li> <li>× asesoramiento religioso o espiritual</li> <li>× asesoramiento psicológico para familiares en duelo fuera de los cuidados paliativos</li> </ul>
<p><b>Servicios de trasplante de órganos y de tejido humanos</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Cobertura limitada. La cobertura está disponible para los servicios de trasplante que sean médicamente necesarios y que no sean procedimientos experimentales. Todos los trasplantes se deben realizar en centros de trasplante autorizados. Los servicios están cubiertos conforme a los estándares establecidos por la comunidad médica y por DHMP, y solo se proveen cuando presenta una remisión de su PCP. Los miembros son elegibles para recibir los servicios cubiertos que figuran en esta sección si se cumplen las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los servicios de trasplante se deben realizar en un hospital elegido y aprobado por DHMP.</li> <li>• DHMP y el hospital aprobado tienen que determinar si el miembro es un candidato para recibir estos servicios.</li> <li>• Todos los trasplantes deben ser autorizados previamente; DHMP tomará la decisión de autorizar el servicio o no.</li> <li>• Si se necesitan servicios de trasplante debido a una emergencia, los servicios pueden realizarse sin autorización previa. Se debe notificar a DHMP dentro de un (1) día hábil después de la internación.</li> </ul> <p><b>Trasplantes cubiertos (con la autorización previa de DHMP):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ corazón</li> <li>✓ pulmones (uno o ambos) para enfermedad pulmonar en etapa terminal solamente</li> <li>✓ corazón y pulmón</li> <li>✓ riñón</li> <li>✓ riñón y páncreas</li> <li>✓ hígado</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- ✓ médula ósea para miembros con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia, neuroblastoma, linfoma, cáncer de seno de alto riesgo en etapa II o III, o síndrome de Wiskott-Aldrich
- ✓ células madre de médula ósea periférica para los mismos procedimientos que figuran para médula ósea
- ✓ córnea

***Servicios cubiertos (hospitalarios, médicos, quirúrgicos, otros):***

- ✓ Alojamiento y comida para habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesario una habitación privada.
- ✓ Servicios, insumos, medicaciones y terapias necesarias; esto incluye los servicios operativos. (Solo una intervención quirúrgica completa está cubierta por vez; no se pueden realizar muchos procedimientos quirúrgicos a la vez).
- ✓ Anestesia.
- ✓ Atención recibida en una unidad de cuidados especiales.
- ✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- ✓ Atención médica, control o consultas a más de un médico, si es médicamente necesario.
- ✓ Visitas de atención médica a domicilio, en el consultorio y otro tipo de visitas ambulatorias para que el miembro reciba controles y tratamientos.
- ✓ Evaluación, extirpación quirúrgica y transporte del órgano o tejido donado.
- ✓ Costos de transporte hacia y desde el hospital para el receptor (la persona que recibe el trasplante) y para un adulto (Consulte la sección "Viajes y alojamiento" a continuación).

***Servicios cubiertos para el donante:***

- Donante significa una persona que dona o da un órgano humano o tejidos humanos para trasplante. Si un donante le ofrece esto a un miembro, sucederá lo siguiente:
- Cuando el receptor es un miembro de DHMP o si tanto el receptor como el donante son miembros de DHMP, tanto el donante como el receptor tendrán cobertura para todos los servicios cubiertos enumerados en esta sección.
- Los beneficios del donante se limitan a los que no están disponibles para el donante por parte de cualquier otra fuente.
- Si el donante es un miembro de DHMP y el receptor no es miembro de DHMP, no se proporcionarán beneficios para los gastos del donante ni del receptor.

***Viajes y alojamiento:***

Si el miembro debe reubicarse temporalmente (salir de la ciudad donde usted vive) para recibir un trasplante cubierto, la cobertura está disponible para viajar a la ciudad donde se realizará el trasplante. Este beneficio también cubrirá gastos de alojamiento (hotel) razonables para el miembro y un adulto. Estos gastos se limitan a un máximo de por vida (no pueden superar) de \$10,000 por trasplante. El alojamiento (hotel) no puede superar los \$100 por día. Los costos de viaje para el donante no se aplican al límite de gastos de viaje de por vida del miembro, pero sí se aplican al beneficio máximo de por vida en general para los trasplantes.

***Beneficio máximo de por vida:***

	<p>La cobertura para todos los trasplantes de órganos cubiertos y todos los servicios relacionados con el trasplante (incluidos el viaje, el alojamiento y los gastos de los donantes y compras) se limita a un beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos vitales de \$1,000,000 por miembro.</p> <p>Los montos aplicados al beneficio máximo de por vida incluyen todos los gastos cubiertos para los servicios, tratamientos e insumos relacionados con el trasplante recibidos durante el período de beneficios del trasplante; el período de beneficio abarca hasta cinco (5) días antes del trasplante o dentro de un año después del trasplante. Excepción: sin embargo, las evaluaciones previas al trasplante pueden recibirse más de cinco (5) días antes del trasplante y se pueden considerar como servicios relacionados con el trasplante. La evaluación previa al trasplante no cubre los gastos de viaje y no cuenta para el beneficio máximo de por vida.</p> <p>Si un miembro recibe un trasplante cubierto por DHMP y posteriormente requiere otro trasplante del mismo tipo, los gastos cubiertos para el nuevo trasplante se aplican al beneficio máximo de por vida restante (si lo hubiere) a disposición del miembro.</p> <p>Los pagos de los beneficios del trasplante no se aplican a otros límites máximos de beneficios especificados. Los gastos por servicios cubiertos relacionados con el trasplante que superan el beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos no son pagaderos conforme a este o ningún otro beneficio en este manual.</p> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× servicios prestados en un hospital que no fue aprobado por DHMP</li> <li>× servicios prestados si el hospital que DHMP ha aprobado determina que el miembro no es un candidato adecuado para trasplante</li> <li>× servicios para la búsqueda de donante o compatibilidad de tejidos, o los gastos relacionados</li> <li>× trasplantes experimentales o de investigación, o cualquier servicio relacionado</li> <li>× trasplantes de órganos/tejidos distintos a los mencionados en esta sección como cubiertos</li> <li>× servicios e insumos relacionados con corazones artificiales o mecánicos, o dispositivos de asistencia auricular o ventricular</li> </ul>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados (servicios hospitalarios y quirúrgicos)</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa.</p> <p>Servicios para pacientes hospitalizados son los servicios que usted recibe durante su estancia en un hospital por un día o más. Los servicios para pacientes hospitalizados están cubiertos cuando sean autorizados previamente o si los necesita debido a una emergencia. Esto incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de su afección e incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Habitación semiprivada, alojamiento y servicios de enfermería general; incluye habitación en una unidad de atención especial aprobada por DHMP.</li> <li>✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos.</li> <li>✓ Cualquier insumo, medicación o tratamiento médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de anestesia.</li> <li>✓ Rehabilitación médicamente necesaria para recuperar o mejorar funciones perdidas después de una enfermedad o una lesión; límite de 30 días por año</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<p>calendario y tiene que ser recibida dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la enfermedad o la lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consulta para recibir una segunda opinión.</li> <li>✓ Servicios de quimioterapia y radiación.</li> <li>✓ La cirugía reconstructiva está cubierta solo si es médicamente necesaria o si es posterior a una mastectomía (extirpación de uno o ambos senos).</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× gastos de habitación privada, a menos que sea médicamente necesario</li> <li>× internaciones relacionadas con servicios o procedimientos no cubiertos</li> <li>× servicios de hogar para personas mayores</li> <li>× procedimientos para corregir enfermedades o lesiones posteriores que sean consecuencia de que el miembro no se adhiera al tratamiento médico</li> <li>× cargos de habitación y alojamiento del centro el día del alta</li> </ul>
<p><b>Servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Los servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes están cubiertos cuando son necesarios para diagnosticar o controlar un síntoma, una enfermedad o una afección. No se requiere autorización si se realiza en las instalaciones de Denver Health. Si la atención está fuera de la red, se requiere autorización.</p> <p>Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>✓ Servicios de laboratorio y patología.</li> <li>✓ Ultrasonido para afecciones no relacionadas con el embarazo. (Consulte “Maternidad y atención del recién nacido” en esta tabla para obtener información acerca de ultrasonidos para el embarazo).</li> <li>✓ Pruebas de detección de alergias: Cutáneas directas y de parche, y pruebas de radioalergoabsorbencia (Radio Allergo Sorbent Test, RAST); el suero para detectar las alergias sí tiene un costo.</li> <li>✓ Pruebas de la visión y de la audición requeridas para diagnosticar o tratar una lesión o una enfermedad.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes relacionados con un servicio no cubierto</li> </ul>
<p><b>Maternidad y atención del recién nacido</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). No se requiere autorización previa si se realiza dentro de la red.</p> <p>Los beneficios se prestan para la maternidad y el cuidado del recién nacido. Usted puede autorremetirse a cualquier proveedor prenatal de la red de DHMP. Los servicios de maternidad y atención del recién nacido incluyen los siguientes:</p>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- ✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o servicios que se brinden en el consultorio del médico (incluida la atención prenatal) para parto vaginal, cesárea y complicaciones del embarazo. (Incluye anestesia).
- ✓ Atención de enfermería de rutina para recién nacidos; incluye servicios del médico.
- ✓ Para los recién nacidos, toda la atención y el tratamiento médicamente necesarios de lesiones y enfermedades, incluidos el defecto congénito y las anomalías de nacimiento diagnosticadas médicamente.
- ✓ Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética.
- ✓ Circuncisión de un varón recién nacido cubierto.
- ✓ Interrupción espontánea (terminación) del embarazo antes de término.
- ✓ Interrupción electiva del embarazo, solo si es necesario, para salvar la vida de la madre o si el embarazo es resultado de un acto de violación o de incesto.
- ✓ Dos ultrasonidos prenatales por embarazo, a menos que sea médicamente necesario hacer más y tengan autorización previa.
- ✓ Las visitas de seguimiento de posparto a domicilio están cubiertas si se hacen dentro de las 72 horas después de que usted y su recién nacido sean dados de alta del hospital.
  - educación para los padres
  - evaluaciones físicas
  - evaluación del sistema de apoyo en el hogar
  - asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón
- ✓ Realización de cualquier prueba materna o neonatal que se realice de forma rutinaria durante el curso habitual de la atención de la madre o el recién nacido como pacientes hospitalizados, incluida la obtención de una muestra adecuada para la evaluación de detección metabólica y de enfermedad hereditaria del recién nacido. Si la madre lo desea, esta visita puede realizarse en el consultorio del médico.
- ✓ Cubrimos los servicios realizados por un enfermero obstetra certificado participante o una partera. Los siguientes servicios son beneficios cubiertos:
  - asesoramiento, atención o asistencia a una mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto natural en el hogar, y durante el período de posparto de acuerdo con los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.) artículo 12-27-101 y siguientes, que incluye una evaluación de detección metabólica, una visita de posparto, una visita de evaluación previa y el parto y el trabajo de parto
- ✓ No limitaremos la cobertura de una estadía en el hospital relacionada con el parto para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Si el parto ocurre entre las 8:00 p.m. y las 8:00 a.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a.m. de la mañana a partir del período de cobertura de 48 o 96 horas. El proveedor que atiende a la madre, después de consultar con ella, puede dar el alta a la madre y al recién nacido antes, si lo estima adecuado.

***Servicios no cubiertos:***

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× atención de maternidad o partos fuera del área de servicio, dentro de las cinco semanas antes de la fecha esperada de parto, excepto en caso de emergencia</li> <li>× costos de almacenamiento de sangre umbilical</li> <li>× asesoramiento sobre preconcepción, paternidad o pruebas genéticas</li> <li>× pruebas de detección de trastornos hereditarios o detección de trastornos/enfermedades o para determinar las características físicas del niño por nacer</li> <li>× interrupción electiva del embarazo (aborto), a menos que sea necesario para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de una violación o de incesto</li> </ul>
<p><b>Equipos e insumos médicos</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos). Se requiere autorización previa.</p> <p>Los equipos y los insumos médicos están cubiertos, pero los debe suministrar un proveedor dentro de la red (un proveedor que trabaje para DHMP) o deben estar previamente autorizados por DHMP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ artículos desechables necesarios para el tratamiento de una enfermedad o una lesión como jeringas, agujas, férulas y vendajes quirúrgicos</li> <li>✓ oxígeno y alquiler de los equipos necesarios para administrar el oxígeno (uno fijo y uno portátil por cada miembro)</li> <li>✓ equipo médico durable (durable medical equipment, DME) como muletas, sillas de ruedas y camas de hospital</li> <li>✓ aparatos ortopédicos, como rodilleras</li> <li>✓ dispositivos protésicos</li> </ul> <p>Para recibir DME, el equipo necesario se debe recetar al miembro. El DME se alquilará o se comprará, y DHMP pagará las reparaciones, el mantenimiento o los ajustes necesarios debido al uso normal para DME aprobado o DME que habría sido aprobado por DHMP. El beneficio máximo para DME es de \$2,000 por año calendario, excepto para insumos médicos y quirúrgicos. Los siguientes elementos no cuentan para el límite de DME de \$2,000 si su PCP ha ordenado este artículo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● equipo médico durable, que sea propiedad del establecimiento e insumos médicos utilizados durante una internación cubierta o una visita ambulatoria cubierta</li> <li>● insumos médicos utilizados durante las visitas ambulatorias</li> <li>● prótesis implantada quirúrgicamente o dispositivos autorizados por DHMP antes de que el miembro reciba el dispositivo</li> <li>● incluidos los implantes cocleares</li> <li>● bombas de insulina e insumos relacionados</li> </ul> <p><b>Equipos/servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× artículos o equipos de confort, de lujo o de conveniencia</li> <li>× cualquier artículo disponible sin receta; artículos de venta libre</li> <li>× acondicionadores de aire, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, iluminación especial u otros modificadores ambientales</li> <li>× dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× prótesis dentales, de cráneo/capilares, de pene o cualquier prótesis con fines cosméticos</li> <li>× equipamiento doméstico para ejercicios y terapia</li> <li>× camas de agua o camas ajustables para el consumidor</li> <li>× reparaciones o reemplazos debido al mal uso o al abuso del artículo</li> <li>× calzado ortopédico no conectado a un dispositivo ortopédico (a excepción de los miembros con diabetes)</li> </ul>
<p><b>Atención de salud mental y por abuso de sustancias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sin copago (100% cubiertos).</li> </ul> <p>Puede autorremitirse (no se necesita aprobación) para estos servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios: asesoramiento individual, familiar o grupal, y gestión de casos a proveedores de nuestra red contratada. Toda atención con un proveedor fuera de nuestra red contratada requiere autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que son servicios que recibe fuera de un hospital o centro residencial. Los tratamientos ambulatorios cubiertos no requieren una autorización previa si el proveedor está dentro de la red con DHMP. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, asesoramiento individual, familiar o grupal, y servicios de gestión de casos.</li> <li>✓ La atención de enfermedades mentales con base biológica está cubierta y la cobertura no es menos extensiva que la provista para cualquier otra enfermedad física.</li> <li>✓ La cobertura es también para las afecciones sin base biológica identificadas como un trastorno mental.</li> <li>✓ Todas las internaciones de pacientes por afecciones de salud mental en el hospital de Denver Health están cubiertas sin autorización previa. Toda hospitalización que no ocurra en el hospital de Denver Health requiere autorización previa y revisión. La hospitalización es válida para habitación semiprivada, psicoterapia grupal, administración de medicaciones, servicios auxiliares y visitas a proveedores.</li> <li>✓ El tratamiento residencial (permanecerá las 24 horas del día) requiere autorización previa de DHMP. Debe necesitar supervisión las 24 horas para reunir los requisitos para este nivel de atención.</li> <li>✓ Tratamiento relacionado con el autismo.</li> <li>✓ El tratamiento y los servicios para el abuso de sustancias ambulatorios se consideran una afección de salud mental a los fines de este beneficio y están cubiertos.</li> <li>✓ Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× gastos por habitación privada</li> <li>× biorretroalimentación</li> <li>× psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede utilizar para obtener un título o avanzar en su educación</li> <li>× terapia de análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, ABA)</li> <li>× hipnoterapia</li> <li>× asesoramiento religioso, civil y social</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× servicios de tratamiento residencial para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa</li> <li>× terapias o programas que no sean médicamente necesarios</li> <li>× costo por los daños a las instalaciones que provoque el miembro</li> <li>× tratamiento ordenado por un tribunal o por la policía que de otro modo no estaría cubierto</li> <li>× servicios no autorizados por DHMP</li> </ul>
<p><b>Visitas de rutina al consultorio del médico (doctor)</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertas)</p> <p>Las visitas al consultorio están cubiertas tanto para consultar al PCP como para consultar a especialistas. Usted debe consultar a su PCP para recibir todos los servicios, a menos que usted tenga un obstetra o ginecólogo aparte, que esté recibiendo servicios de la visión o que tenga una remisión para consultar a un especialista. Se necesita una remisión para visitar a la mayoría de los especialistas. Los beneficios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención médica, consultas y segundas opiniones (Para obtener una segunda opinión se requiere una remisión de su PCP; en algunos casos, DHMP puede solicitar una segunda opinión).</li> <li>✓ Servicios quirúrgicos que se realizan en el consultorio; incluyen anestesia e insumos (sujetos a las pautas de autorización previa).</li> <li>✓ La diálisis renal se considera un beneficio como una visita al consultorio médico.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× gastos para la obtención de informes médicos o de transferencia de archivos</li> <li>× tratamiento para la pérdida del cabello, excepto cuando es causado por la alopecia areata</li> <li>× atención de rutina de los pies (excepto para los miembros con diabetes)</li> <li>× tratamiento para la disfunción sexual</li> <li>× servicios para tratar la infertilidad</li> <li>× asesoramiento en genética</li> </ul>
<p><b>Servicios para pacientes externos/ambulatorios</b></p>	<p>Sin copago (100% cubierto) Se requiere autorización previa si no se realiza en Denver Health.</p> <p>Los servicios ambulatorios son servicios que usted recibe el mismo día en que se va. Estos servicios se pueden recibir en los centros, como el departamento ambulatorio de un hospital de agudos, un centro de cirugía ambulatoria, un centro de radiología, y un centro de diálisis y las clínicas ambulatorias.</p> <p>El beneficio incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de su afección e incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos.</li> <li>✓ Cualquier insumo, medicación o tratamiento médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de anestesia.</li> <li>✓ Servicios de quimioterapia y radiación.</li> <li>✓ Consultas para obtener una segunda opinión.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Consulte los servicios no cubiertos en “Servicios para pacientes hospitalizados” en esta tabla y en la sección “Exclusiones generales”.</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

<p><b>Servicios de terapia ambulatoria</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Las terapias de rehabilitación ambulatorias incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terapia física;</li> <li>✓ terapia del habla</li> <li>✓ terapia ocupacional</li> <li>✓ programas de rehabilitación cardíaca</li> </ul> <p>El beneficio máximo es de 30 visitas por año calendario por diagnóstico, si son médicamente necesarios, se pueden prestar servicios adicionales con una autorización previa. No hay límite para estas terapias para los niños desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños del niño. No hay límite para las terapias del habla necesarias para el tratamiento de labio leporino o de paladar hendido. Los servicios se deben recibir dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que ocurrió la lesión o enfermedad.</p> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Terapia o atención de mantenimiento prestadas después de haber alcanzado su potencial de rehabilitación según lo determine DHMP.</li> <li>× Terapias para los trastornos de aprendizaje, tartamudez, trastornos de la voz o trastornos del ritmo, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y que el tratamiento sea necesario debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento.</li> <li>× Diagnósticos no específicos relativos al retraso en el desarrollo y trastornos del aprendizaje.</li> <li>× Ningún servicio terapéutico o de rehabilitación recibido en un spa o en un gimnasio; esto incluye la membresía en este tipo de instalaciones.</li> <li>× Servicios quiroprácticos o de acupuntura.</li> <li>× Terapias no enumeradas anteriormente ni en esta sección de beneficios.</li> <li>× Medicina holística y otros programas de bienestar.</li> </ul>
<p><b>Medicamentos con receta</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Si un proveedor de Denver Health le emite una receta, puede presentarla en cualquier farmacia de Denver Health. Usted también puede llevar su receta a cualquier otra farmacia que acepte el seguro de DHMP. (Consulte la sección "Farmacia" en este manual para obtener más detalles).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las medicaciones aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (substance abuse disorders, SUD) están cubiertas sin ninguna autorización previa o requisitos de terapia escalonada.</li> <li>• Las medicaciones aprobadas por la FDA para el tratamiento de SUD no están excluidas de la cobertura solamente por orden judicial.</li> <li>• El manejo de medicaciones para afecciones de salud mental por parte de un psiquiatra, proveedor médico o enfermero con autoridad para prescribir (este es un enfermero que está legalmente autorizado a emitir recetas)</li> </ul>

<p><b>Servicios preventivos, de rutina y de planificación familiar</b></p>	<p>Sin copago (100% cubiertos)</p> <p>Los servicios de atención preventiva están cubiertos solo si es el PCP de su hijo quien ofrece el servicio, a menos que sea un servicio de salud reproductiva. Usted puede tener un médico diferente para los servicios de salud reproductiva. Los controles anuales y las vacunas están cubiertos. Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ controles del niño y exámenes femeninos de ginecológico rutina anuales</li> <li>✓ vacunas (inmunizaciones) anuales <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulte la sección "Cronograma de vacunas" en este manual para saber qué vacunas debe recibir su hijo a diferentes edades.</li> </ul> </li> <li>✓ pruebas para evaluar la visión y la audición adecuadas a la edad</li> </ul> <p>Según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), su hijo debe recibir un control del niño sano a las edades indicadas en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="440 674 1500 1073"> <thead> <tr> <th>INFANCIA</th> <th>PRIMERA INFANCIA</th> <th>INFANCIA MEDIA</th> <th>ADOLESCENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prenatal</td> <td>12 meses</td> <td>5 años</td> <td>11 años</td> </tr> <tr> <td>Recién nacido</td> <td>15 meses</td> <td>6 años</td> <td>12 años</td> </tr> <tr> <td>Primera semana</td> <td>18 meses</td> <td>7 años</td> <td>13 años</td> </tr> <tr> <td>1 mes</td> <td>24 meses</td> <td>8 años</td> <td>14 años</td> </tr> <tr> <td>2 meses</td> <td>30 meses</td> <td>9 años</td> <td>15 años</td> </tr> <tr> <td>4 meses</td> <td>3 años</td> <td>10 años</td> <td>16 años</td> </tr> <tr> <td>6 meses</td> <td>4 años</td> <td></td> <td>17 años</td> </tr> <tr> <td>9 meses</td> <td></td> <td></td> <td>18 años</td> </tr> </tbody> </table> <p>Consulte la sección "Controles del niño recomendados" en este manual para obtener más información acerca de la atención preventiva para su hijo.</p> <p><b>Servicios de planificación familiar</b></p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para planificación familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ control de la natalidad, incluida la inyección de Depo-Provera</li> <li>✓ colocación de diafragma o de capuchón cervical</li> <li>✓ implantación quirúrgica o remoción del dispositivo NORPLANT</li> <li>✓ pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética</li> <li>✓ pruebas de ETS/VIH y tratamiento</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× vacunas para viajes internacionales;</li> <li>× esterilización quirúrgica o cualquier servicio relacionado</li> <li>× pruebas o asesoramiento ordenados por un tribunal</li> </ul>	INFANCIA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA	Prenatal	12 meses	5 años	11 años	Recién nacido	15 meses	6 años	12 años	Primera semana	18 meses	7 años	13 años	1 mes	24 meses	8 años	14 años	2 meses	30 meses	9 años	15 años	4 meses	3 años	10 años	16 años	6 meses	4 años		17 años	9 meses			18 años
INFANCIA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA																																		
Prenatal	12 meses	5 años	11 años																																		
Recién nacido	15 meses	6 años	12 años																																		
Primera semana	18 meses	7 años	13 años																																		
1 mes	24 meses	8 años	14 años																																		
2 meses	30 meses	9 años	15 años																																		
4 meses	3 años	10 años	16 años																																		
6 meses	4 años		17 años																																		
9 meses			18 años																																		
<p><b>Atención en un establecimiento de enfermería especializada</b></p>	<p>Sin copago (100% cubierta). Se requiere autorización previa.</p> <p>Estas son terapias y supervisión de protección para pacientes que tengan afecciones no controladas, inestables o crónicas. Cobertura para establecimientos de enfermería especializada médicamente necesaria solo si hay una expectativa razonable de mejora evaluable en el estado de salud del miembro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 100 días de servicios en un establecimiento de enfermería especializada por año calendario o hasta que se alcance la mejoría médica máxima</li> </ul>																																				

	<p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× atención de custodia o de mantenimiento</li> <li>× atención de enfermería especializada una vez que el miembro ha alcanzado la mejoría médica máxima y no se espera ninguna mejoría más</li> </ul>
<p><b>Servicios de la visión</b></p>	<p>Cobertura limitada</p> <p>Los servicios de la visión cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ examen de la vista correspondiente a la edad y examen ocular de rutina o evaluaciones de detección para diagnosticar una afección médica</li> <li>✓ un crédito de \$150 por miembro por año calendario para la compra de lentes, marcos o ciertos tipos de lentes de contacto</li> <li>✓ servicios de la visión especializados con una autorización previa del PCP del miembro</li> </ul> <p>Los exámenes oculares deben ser recibidos de parte de un proveedor participante de DHMP; los accesorios para la visión se pueden adquirir de cualquier proveedor de productos para la vista.</p> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× terapia visual</li> <li>× servicios especializados sin autorización previa</li> <li>× servicios relacionados con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión (Lasik)</li> </ul>
<p><b>Exclusiones generales</b></p>	<p>La siguiente lista de exclusiones no es una lista completa de todos los servicios, insumos, condiciones o situaciones que no son servicios cubiertos. También se pueden aplicar otras limitaciones, condiciones y exclusiones específicas.</p> <p><b>RECUERDE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es posible que le cobren por servicios que no están cubiertos. Incluso si recibe una remisión de su PCP, los servicios no estarán cubiertos si el servicio es una exclusión o no es un beneficio cubierto.</li> <li>• Si el servicio no está cubierto, todos los servicios realizados junto con ese servicio no están cubiertos.</li> <li>• CHP+ HMO es la autoridad final para determinar si los servicios e insumos son médicamente necesarios para el pago.</li> </ul> <p><b>Servicios no cubiertos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Acupuntura.</li> <li>× Medicinas alternativas o suplementarias (Algunos ejemplos de medicina alternativa son la medicina holística, la homeopatía, la hipnosis, la terapia reiki y la aromaterapia).</li> <li>× Gastos de adopción o sustitutos.</li> <li>× Concepción artificial.</li> <li>× Terapia del análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, ABA).</li> <li>× Antes de la fecha de entrada en vigencia (sin cobertura para los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro).</li> <li>× Biorretroalimentación.</li> <li>× Agentes quelantes, a menos que se utilicen para el envenenamiento por metales pesados.</li> </ul>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- × Servicios quiroprácticos.
- × Dolor crónico.
- × Investigación clínica.
- × Atención del convaleciente, a menos que la atención se reciba normalmente para una afección específica.
- × Servicios o equipos de conveniencia, lujo o categoría (Esto incluye los servicios que se utilizan para comodidad o conveniencia del miembro, y que no son médicamente necesarios).
- × Servicios cosméticos (Estiramiento facial, bótox y aumento de senos son ejemplos de procedimientos cosméticos).
- × Servicios ordenados por un tribunal prestados bajo libertad condicional o libertad vigilada, a menos que esos servicios estén cubiertos por la sección de beneficios del manual.
- × Cuidado de custodia (Esto incluye la asistencia a los miembros en actividades cotidianas o en satisfacer las necesidades personales en lugar de las necesidades médicas; la preparación de la comida y la asistencia para bañarse son ejemplos de cuidado de custodia).
- × Servicios dentales. (Consulte la sección "Atención dental" en esta tabla).
- × Alta en contra del consejo médico en un hospital u otros servicios en centros si abandona un hospital u otro centro en contra del consejo médico de su proveedor.
- × Gastos del día del alta, gastos de alojamiento y comida relacionados con el día del alta.
- × Alta del centro (servicios recibidos después de la fecha de alta preautorizada) que se brindan después de la fecha de alta indicada en la autorización previa de CHP+ HMO. La fecha de alta adecuada se determina según las pautas de atención administrada
- × Atención a domicilio (Esto incluye la atención prestada en un centro que no realiza tratamientos, un hogar de tránsito o una escuela).
- × Cobertura doble (No es aceptable que el miembro tenga cobertura doble, excepto cobertura dental o de Medicare).
- × Interrupción electiva del embarazo, a menos que la interrupción electiva sea necesaria para salvar la vida de la madre o si el embarazo es resultado de una violación o de incesto.
- × Procedimientos experimentales/de investigación.
- × Asesoramiento/pruebas genéticas (Las pruebas genéticas para evaluar los riesgos de trastornos para ciertas afecciones pueden estar cubiertas; DHMP debe aprobarlas previamente).
- × Centro operado por el gobierno (sin cobertura para los servicios e insumos necesarios para todas las discapacidades relacionadas con el servicio militar que se prestan en un establecimiento médico militar, a menos que DHMP autorice por escrito el pago antes de que los servicios se lleven a cabo).
- × Tratamientos para la caída del cabello, excepto para la alopecia areata.
- × Hipnosis: servicios relacionados con la hipnosis, ya sea con fines médicos o de anestesia.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- × Conducta ilegal (servicios necesarios debido a la participación del miembro en una actividad ilegal).
- × Leche maternizada, a menos que esté específicamente permitida como un beneficio en este folleto.
- × Servicios para deficiencia de aprendizaje, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y el tratamiento sea necesario debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
- × Terapia de mantenimiento.
- × Servicios médicamente innecesarios (DHMP determinará si un servicio o un insumo es médicamente necesario o no).
- × Terapia nutricional médica (vitaminas, sin receta, suplementos dietéticos/nutricionales y alimentos especiales, excepto por trastornos metabólicos).
- × Cargos por citas perdidas.
- × Proveedores de servicios no cubiertos (servicios prescritos o administrados por: un spa o gimnasio; enfermería escolar; hogar de tránsito; masajista; hogar para personas mayores; institución residencial; departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficios mutuos, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar; el miembro, un familiar o una persona que resida normalmente en la casa del miembro).
- × Gastos no médicos.
- × Aparatos ortopédicos, excepto para miembros con diabetes.
- × Productos de venta libre.
- × Beneficios posteriores a la finalización de la cobertura (sin cobertura para los servicios recibidos después de la finalización de la cobertura).
- × Servicios de enfermería privada.
- × Servicios de radiología (sin cobertura para tomografía computarizada ultrarrápida, tomografía computada de cuerpo entero o más de dos ultrasonidos por embarazo, a menos que sea médicamente necesario realizar más ultrasonidos).
- × Mamoplastia de reducción (reducción mamaria), salvo que se provea junto con la reconstrucción de la mastectomía y diagnóstico del cáncer.
- × Tratamiento(s) de disfunción sexual.
- × Operaciones de cambio de sexo.
- × Los impuestos gravados por ley que se apliquen a los servicios cubiertos por este plan.
- × Terapias (otras): Las siguientes son algunas de las terapias que no están cubiertas: terapias recreativas, sexuales, de grito primal, del sueño y Z; programas de autoayuda, de manejo del estrés y para bajar de peso; análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental; entrenamiento en sensibilidad y asertividad, y *rolfing*; terapia de la visión.
- × Asesoramiento religioso.
- × Cirugía o servicios de articulación temporomandibular (ATM), a menos que tenga una base médica.
- × Cirugía ortognática.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Responsabilidad civil (para los servicios que son reembolsados por un tercero, consulte la sección "Lesiones o enfermedades causadas por terceros" en este manual para obtener más información).</li> <li>× Gastos de viaje, excepto como se establece en los beneficios de "Trasplante de órganos y tejido humanos" (en esta tabla).</li> <li>× Ligadura de trompas.</li> <li>× Vasectomía.</li> <li>× Visión (solo los servicios de la visión descritos en la sección "Servicios de la visión" de esta tabla están cubiertos; sin cobertura para ningún insumo ni servicio quirúrgico, médico ni hospitalario provistos en relación con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión).</li> <li>× Afecciones relacionadas con la guerra.</li> <li>× Programas para bajar de peso.</li> <li>× Compensación del trabajador (sin cobertura para accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo; la única excepción es para aquellas personas que no están obligadas a mantener o estar cubiertos por el seguro de compensación al trabajador según lo definido por las leyes de compensación al trabajador).</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan:**

#### 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 DHMP

#### Atención oftalmológica:

- un crédito de \$150 para anteojos o ciertos lentes de contacto

#### Farmacia:

- SIN COPAGOS para los medicamento con receta incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP.
- 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 obtiene en una farmacia de Denver Health.
- Suministros para 90 días de algunos medicamentos incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP, SIN COSTO para usted. Consulte el *Formulario de medicamentos* de DHMP para obtener más detalles.

## >> 9) SERVICIOS ADICIONALES

### **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 (Línea de Enfermería) de Denver Health y hablar con un enfermero diplomado acerca de cualquier pregunta sobre salud, cualquiera sea su importancia. NurseLine (Línea de Enfermería) puede brindarle información médica rápida y también ayudarlo a obtener atención médica. NurseLine (Línea de Enfermería) 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 (Línea de Enfermería) antes de recibir atención de emergencia o urgencia.

### **Dental**

La atención dental de rutina es un beneficio cubierto por DentaQuest. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame directamente a DentaQuest al 1-888-307-6561 o a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100.

## >> 10) CALIDAD

DHMP 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 si están a gusto con los servicios de DHMP.
- Atendemos las inquietudes y quejas de los miembros y proveedores para mejorar los servicios de DHMP.
- Recordamos a los miembros 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.

Ofrecemos diversos programas de prevención, salud y bienestar, y todos ellos se encuentran aquí:

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## >> 11) QUEJAS

### ¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que DHMP hace. 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 DHMP lo trata
- cosas que DHMP 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 CHP+, domicilio y número de teléfono si escribe a Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals) de DHMP. 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  
 938 Bannock St., MC 6000  
 Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de CHP+ por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

### Después de presentar una queja:

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

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

DHMP tomará una decisión acerca de su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles a partir del día en que usted presentó la queja. En el aviso por escrito se explicarán los resultados de la decisión de DHMP respecto de su queja e incluirá la fecha en que DHMP tomó esa decisión.

Usted o DHMP pueden extender el plazo que DHMP tiene para tomar una decisión respecto de su queja. Si usted solicita más días o si DHMP cree que se requieren más pruebas para tomar una decisión respecto de su queja, DHMP puede agregar catorce (14) días calendario adicionales. DHMP solo extenderá este plazo si es lo mejor

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

para usted. Si DHMP extiende el plazo para decidir sobre su queja y usted no solicitó la extensión, DHMP le enviará un aviso por escrito en el que se explicará la razón de la demora.

### **Si necesita ayuda para presentar una queja:**

DHMP 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 **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

### **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 un reclamo al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing), cuya decisión es definitiva. Puede llamarlos al **1-800-221-3943** (sin cargo) o puede escribirles al siguiente domicilio:

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

### **Si necesita presentar una queja sobre el acceso a la atención de salud conductual:**

DHMP está sujeto a la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicciones (Mental Health Parity 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.

Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado:  
Llame: 303-866-2789  
Correo electrónico: [ombuds@bhoco.org](mailto:ombuds@bhoco.org)  
Internet: [bhoco.org](http://bhoco.org)

Un representante de la Oficina del Defensor del Pueblo le llamará o le responderá directamente. También puede pedirle a su proveedor de salud conductual o tutor/representante legal que presente una queja por usted.

## **>> 12) APELACIONES**

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

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

- cuando DHMP niega o limita un tipo o un nivel de servicio que usted haya solicitado
- cuando DHMP reduce, suspende o deja de autorizar un servicio que usted ha estado recibiendo
- cuando DHMP niega el pago total o parcial de sus servicios
- cuando DHMP no le brinda un servicio de manera oportuna

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

- cuando DHMP no resuelve su apelación o queja dentro de los plazos requeridos
- para un residente de un área rural con solo una Organización de Atención Administrada, una denegación de su solicitud de ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red
- 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 los planes de DHMP planean llevar a cabo.
- El motivo de la determinación adversa de beneficios, incluido su derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la determinación adversa de beneficios. Dicha información incluye criterios de necesidad médica y cualquier proceso, estrategia o estándar probatorio utilizado para establecer límites de cobertura.
- Su derecho a apelar esta determinación adversa de beneficios y una explicación de sus derechos al proceso de queja y apelación.
- 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 estaba pendiente.
- Su derecho al proceso de apelaciones que está disponible en virtud de la Ley de Tratamiento de la Salud Mental Infantil (Child Mental Health Treatment Act, CMHTA), cuando corresponda.

**Aviso de determinación adversa de beneficios:**

DHMP debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si los planes de DHMP planean cesar el pago o reducir cualquier servicio que usted viene recibiendo, debe enviarles una carta de aviso de determinación adversa de beneficios 10 días calendario antes de la fecha en que cesará el pago o se reducirán los servicios. DHMP puede acortar el plazo a 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 CHP+ fuera del estado.
- El médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención.
- Usted tiene que ser transferido a otro centro rápidamente.
- DHMP recibe una carta firmada por usted que expresa que usted ya no quiere los servicios. DHMP recibe una carta firmada por usted que requiere la cancelación o reducción de los servicios y dice que usted comprende que se producirá la cancelación o reducción del servicio.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## ¿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 DHMP. Si usted piensa que una determinación adversa de beneficios por parte de DHMP 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 aún 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 DHMP. Esta audiencia se explica en la sección “Audiencia imparcial estatal” en este manual.

## Cómo presentar una apelación:

Usted tiene 60 días calendario para presentar una apelación después de haber recibido una carta de aviso de determinación adversa de beneficios.

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

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- 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 **DHMP Grievances and Appeals, 938 Bannock, MC 6000, Denver, CO 80204**.

## Cómo presentar una apelación acelerada (rápida):

Si su vida o su salud corren peligro, y necesita que DHMP tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar al **Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department)** al **303-602-2261** y presentar una apelación acelerada. Si DHMP aprueba su solicitud de una apelación acelerada, DHMP tomará una decisión sobre su apelación a más tardar dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Si DHMP niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMP se comunicará con usted lo antes posible para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMP también le enviará una carta en un plazo de dos días calendario a partir del envío de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido denegada. La carta le informará acerca de su derecho a presentar una queja si queda insatisfecho con la decisión de DHMP.

Recibirá una versión escrita de su apelación junto con esta carta de negación (si presentó la apelación verbalmente) que debe firmar y enviar a DHMP.

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DPR pueden brindarle a DHMP (en persona o por escrito) pruebas u otra información que ayude en su caso. Tenga en cuenta que si se acelera su apelación, usted tiene un plazo menor para presentar esta información a DHMP. 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 DHMP utiliza para decidir sobre su apelación.

Para las apelaciones estándares, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito con la decisión a más tardar dentro de los 10 días hábiles a partir del día en que usted recibió la apelación estándar. Para apelaciones aceleradas, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar dentro de las 72 horas a partir del día en que usted presente la apelación acelerada. DHMP también intentará notificarle por teléfono la decisión en el caso de apelaciones aceleradas.

El aviso por escrito le informará los resultados de la decisión de DHMP 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 solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo solicitarla

### **Cómo extender los plazos de las apelaciones:**

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

### **Cómo obtener ayuda para presentar una apelación:**

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

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

No perderá sus beneficios de CHP+ por apelar una acción. ¡La ley lo exige!

### **Audiencia imparcial estatal:**

Si usted no queda satisfecho con alguna acción que tome DHMP, 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 resolución de apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción tomada por DHMP. Su proveedor también puede solicitar una revisión si usted lo nombra su DPR. A esta revisión se la conoce como audiencia imparcial estatal. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando:

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Para solicitar 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 identificación de DHMP
- 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 Departamento de Personal y Administración, Tribunales Administrativos (Department of Personnel and Administration, Office of Administrative Courts). A la persona cuyo nombre usted coloque en este formulario se la conoce como representante autorizado. Debe solicitar 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., 4<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203

DHMP lo ayudará si necesita ayuda para solicitar una audiencia imparcial estatal. Simplemente llame a **Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals)** 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.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

## Aviso de no discriminación

Denver Health Medical Plan, Inc., en adelante denominada la "Compañía", cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud ni necesidad de servicios de atención médica.

### La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - intérpretes capacitados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Compañía al número gratuito 1-800-700-8140. Para TTY, llame al 711.

Si considera que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de una u otra forma, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) de la Compañía, en 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, teléfono 303-602-2261. Puede presentar una queja por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, un especialista en apelaciones y quejas está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY/TDD: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-700-8140 (TTY: 711)

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

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

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ። 1-800-700-8140 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711). 1-800-700-8140

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-700-8140 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-700-8140 (ATS : 711).

ध्यानदिनुहोस्: तपा इलेनेपाल बोल्नुहुन्छ भने तपा इकोनिमित्त भाषा सह यतासेवाहर्गनि: शुल्क गपमा उपलब्ध छ। फोन गर्नुहोस् 1-800-700-8140 (टि टि वाइ: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-700-8140 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-700-8140 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o de forma gratuita al 1-800-700-8140.

Dè dẹ nìà kẹ dyédé gbo: Ọ jǔ kẹ m̀ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jǔ ní, nìí, à wuḍu kà kò dọ̀ po-poò bẹ̀ìn m̀ gbo kpáa.  
Ḍá 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-700-8140 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-700-8140 (TTY: 711).