



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**
Denver Health Medical Plan Inc..

Denver Health Medical Plan, Inc.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Condados de Adams, Denver o Jefferson

Resumen de beneficios 2022

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

H5608_001SB22SPv2_M

Acerca de este *Resumen de beneficios*

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

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

Más detalles

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

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

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios del Plan de Salud o consulte su ***Evidencia de cobertura*** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

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

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

¿Quién puede inscribirse?

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) es un plan dual para necesidades especiales, un plan Medicare Advantage disponible exclusivamente para los beneficiarios elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Es elegible para inscribirse en este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Tiene derecho a la Parte D.
- Tiene beneficios completos de Medicaid.
- Debe residir en los condados de Adams, Denver o Jefferson.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más cobertura de la que ofrece Medicare Original. Algunos de los beneficios se describen en este folleto. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.
- Usted cuenta con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y coseguros. No paga nada por estos servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre que siga siendo elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

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

Reglas de cobertura

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

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

También cubrimos:

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

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

Obtención de atención

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

Parte C de Medicare: qué está cubierto y cuánto cuesta

* Se requiere remisión.

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
Primas mensuales del plan	\$0-\$39.80** por mes, según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i>
Deducible	<p>El deducible de la Parte B es \$0** o \$233 y se aplica a los servicios dentro de la red.</p> <p>El deducible de la Parte D es \$0** o \$480 y se aplica a los medicamentos con receta.</p>
<p>Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo** No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.</p>	\$7,550

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<p>Cobertura de servicios de hospitalización* † Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio.</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 60: \$0 de copago por día de cada período de beneficio • días 61 al 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficio • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida) <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>
<p>Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Centro de cirugía ambulatoria*</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Visitas al consultorio médico*</p>	<p>visita de atención primaria: \$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible visita al especialista: \$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>\$0 de copago <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Atención de emergencia La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** o 20% del costo (hasta \$90) para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 de copago por la visita a la sala de emergencias.</p>
<p>Servicios de atención de urgencia La atención de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0** o 20% del costo (hasta \$65) para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 de copago por la sala de emergencias.</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas y procedimientos de diagnóstico • radiografías • pruebas de laboratorio 	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • exámenes de audición de rutina • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos 	<p>\$0** a 20% del costo para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina cada tres años \$0 de copago para las adaptaciones/evaluaciones de audífonos hasta \$1,500 para audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años</p>
<p>Servicios dentales† Cobertura dental preventiva e integral</p>	<p>\$0 de copago por servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 60 meses). • Tratamiento con flúor (un tratamiento por año). • Empastes (hasta 1 por diente cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un solo empaste. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó la amalgama existente). <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,500. <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Servicios de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares • examen ocular de rutina complementario • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) 	<p>\$0** o 20% del costo para el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo \$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina complementario por año hasta \$250 para lentes de contacto o un par de anteojos (lentes y marcos) por año</p>
<p>Servicios de salud mental como paciente hospitalizado*†</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
Servicios de salud mental como paciente hospitalizado (continuación)*†	<ul style="list-style-type: none"> • días 61 al 90: \$389 de copago por día por cada período de beneficio • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$0** o 20% de la visita una vez que alcanzó el deducible
Establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.	Usted paga \$0** o: <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 20: \$0 de copago • días 21 al 100: \$194.50 de copago
Rehabilitación ambulatoria* <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia ocupacional† • terapia física† • terapia del habla† 	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible † Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia ocupacional, física y del habla.
Ambulancia†	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia. † Solo se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.
Transporte Transporte (continuación) Traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de	\$0 de copago para traslados de ida y vuelta ilimitados a través de Access2Care

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.	
emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan	
Medicamentos de la Parte B de Medicare † Para medicamentos no preferidos de la Parte B	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible

Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

Las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también obtienen *Extra Help (Ayuda adicional)* de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda *Extra Help (Ayuda adicional)* a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta.

Etapas de cobertura inicial

Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), ya sea:

- \$0 de copago
- \$1.35 de copago
- \$3.95 de copago
- 15% del costo

Para todos los otros medicamentos, ya sea:

- \$0 de copago
- \$4 de copago
- \$9.85 de copago
- 15% del costo

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

Puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

Etapas de brecha de cobertura

La etapa de brecha de cobertura es un cambio temporal en el costo de los medicamentos con receta. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,430.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$7,050, que es el fin de la brecha de cobertura.

No todas las personas entrarán en la etapa de brecha de cobertura. Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista y a través del servicio de envíos por correo) alcance \$7,050, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$3.95 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos

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

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

- **farmacia minorista**
Puede obtener un suministro para 30, 60, 90 o 100 días. Para un suministro para menos de un mes, comuníquese con nosotros al 303-602-2111.
- **farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**
Las farmacias de LTC deben entregar medicamentos de marca por un suministro para menos de 14 días por vez. También pueden entregar el suministro de medicamentos genéricos que abastezca menos de un mes cada vez. Comuníquese con nosotros al 303-602-2111 si tiene alguna pregunta sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.
- **envíos por correo**
Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.

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

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>	
Atención quiropráctica	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Servicios e insumos para la diabetes† <ul style="list-style-type: none"> • zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes • insumos para diabetes • capacitación para el automanejo de la diabetes 	\$0** o 20% del costo una vez que se alcanzó el deducible para zapatos o plantillas terapéuticos e insumos para el control de la diabetes \$0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes † Los insumos para pruebas de diabetes de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa de Freestyle Libre no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.
Beneficio de comidas Las comidas se ofrecen para cada paciente hospitalizado en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (después del alta).	\$0 de copago por un máximo de 21 comidas durante los 10 días posteriores al alta de cada paciente hospitalizado en un hospital o en un establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)
Envíos por correo de medicamentos de venta libre (OTC)	Se cubren hasta \$220 cada tres meses. Su asignación se encuentra disponible cada trimestre, a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Puede consultar el catálogo y el formulario en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC . Para pedir sus productos, envíe por correo o por fax el formulario de pedido que se encuentra en nuestra página web. No se aceptan devoluciones ni reembolsos.

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio enumerado, puede ver qué cubre Medicaid y qué cubre nuestro plan. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para obtener más información, como los límites, las exclusiones y las reglas de autorización previa conforme al pago por servicio de Medicaid, puede consultar la lista completa en www.healthfirstcolorado.com/benefits-services.

Puede haber exclusiones de copago adicionales para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. Si esto se aplica a usted, puede consultar la lista completa de beneficios en www.healthfirstcolorado.com/benefits-services.

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Ambulancia†</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible. Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar los servicios de ambulancia.</p> <p>† Solo se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.</p>
<p>Evaluación de detección de cáncer colorrectal</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita para una colonoscopia de diagnóstico o tratamiento conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago para evaluaciones de detección conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios dentales</p>	<p>\$0 de copago por limpiezas, empastes, conductos radiculares, coronas y dentaduras parciales</p> <p>El beneficio dental para adultos tiene un límite anual</p>	<p>\$0 de copago por servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (hasta 2 por año calendario).

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Servicios dentales (continuación)</p>	<p>de \$1,500 por año fiscal estatal (del 1 de julio al 30 junio). Los beneficios de emergencia y dentadura no están sujetos a este límite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 60 meses). • Tratamiento con flúor (un tratamiento por año). • † Empastes (hasta 1 por diente cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un solo empaste. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó la amalgama existente). <p>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,500. <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p>Servicios e insumos para la diabetes†</p> <ul style="list-style-type: none"> • zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes • insumos para diabetes • capacitación para el automanejo de la diabetes 	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible para zapatos o plantillas terapéuticos e insumos para el control de la diabetes</p> <p>\$0 de copago para la capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>† Los insumos para pruebas de diabetes de Trividia Health y el sistema de control</p>

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Servicios e insumos para la diabetes† (continuación)		continuo de glucosa de Freestyle Libre no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicios de radiología*	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Equipo médico durable (DME)† Se incluye el oxígeno.	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$1 de copago por día para algunos DME conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible †Se requiere autorización previa para todos los DME y prótesis con un precio de compra de \$500 o superior. †Se requiere autorización previa para todos los DME alquilados.
Atención de emergencia	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia \$6 de copago por visita si no es una emergencia conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo (hasta \$90). Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de la atención de emergencia.
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"> • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • exámenes de audición de rutina 	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia	\$0** a 20% del costo para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos 	<p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde</p> <p>\$0 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina cada tres años</p> <p>\$0 de copago para las adaptaciones/evaluaciones de audífonos</p> <p>Hasta \$1,500 para audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años</p>
<p>Atención médica a domicilio*†</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Centro de cuidados paliativos</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>No más de 9 meses</p>	<p>Cubierto por Medicare Original</p>
<p>Cobertura de servicios de hospitalización*† Incluye abuso de sustancias y rehabilitación.</p>	<p>\$10 de copago por día cubierto o 50% de la tarifa diaria promedio permitida, lo que sea menor conforme al pago por servicio de Medicaid (fee-for-service, FFS)</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 60: \$0 de copago por día de cada período de beneficio • días 61 al 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficio • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días durante su vida)

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Cobertura de servicios de hospitalización* † (continuación)		† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
Servicios de salud mental como paciente hospitalizado* †	\$0 de copago	\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios • días 61 al 90: \$389 de copago por día por cada período de beneficio • días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)
Vacunas	\$0 de copago	\$0 de copago
Mamografías	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*	\$0 de copago †	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios*	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$4 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid \$0 de copago en un centro de cirugía ambulatoria conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*	\$0 de copago	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Rehabilitación ambulatoria* <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia física† • terapia ocupacional† • terapia del habla† 	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visitas al hospital como paciente ambulatorio conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$2 de copago por visitas al médico conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en la clínica de terapia de la agencia de rehabilitación conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p> <p>† Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia, ocupacional, física y del habla.</p>
Pruebas de Papanicolaou	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de podología*	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Medicamentos con receta†	<p>Los beneficios de Medicaid cubren las siguientes exclusiones de Medicare al 100%: productos para la tos y el resfriado, medicaciones de venta libre, y ciertos productos minerales y vitaminas con receta.</p> <p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p>	<p>\$480 de deducible Según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i>, durante la etapa de cobertura inicial: usted paga \$0-\$3.95 de copago o 15% del costo para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). Usted paga \$0-\$9.85 de copago o 15% del costo para todos los demás medicamentos con receta.</p>
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención primaria	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Evaluaciones de detección de cáncer de próstata	\$0 de copago	\$0 de copago
Dispositivos protésicos†	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los DME y prótesis con un precio de compra de \$500 o superior.</p>
Diálisis renal*	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	\$0 de copago	<p>Usted paga \$0** o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 20: \$0 de copago • días 21 al 100: \$194.50 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Establecimiento de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación)		
Atención especializada*	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible
Transporte	\$0 de copago	\$0 de copago por traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan a través de Access2Care
Servicios de atención de urgencia	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia \$2 de copago por visita si no es parte de una sala de emergencias conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo (hasta \$65). Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de la atención de emergencia.
Servicios de la visión Servicios de la visión (continuación)	\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina complementario por año \$0** o 20% del costo para el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare, incluida una prueba de detección de

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
		<p>glaucoma anual para las personas en riesgo</p> <p>Se cubren hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada año.</p>
<p>Radiografías*</p>	<p>\$0 de copago conforme a Denver Health Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>Las radiografías dentales no tienen copago.</p>	<p>\$0** o 20% del costo una vez que alcanzó el deducible</p>