



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc..

Denver Health Medical Plan, Inc.

Elevate Medicare Select (HMO)

Condados de Adams, Denver o Jefferson

Resumen de beneficios 2022

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

H5608_002SB22SPv2_M

Acerca de este *Resumen de beneficios*

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

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

Más detalles

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener 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 Select (HMO) 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.

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?

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.
- Debe residir en los condados de Adams, Denver o Jefferson.

¿Qué cubrimos?

DHMP cubre todo lo que cubre Medicare Original y más.

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

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

Reglas de cobertura

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

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

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

Obtención de atención

En la mayoría de 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.org) 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

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión.	
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Primas mensuales del plan	\$39.80 por mes, según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i>
Deducible	El deducible de la Parte B es \$0 y se aplica a los servicios dentro de la red. El deducible de la Parte D es \$0 y se aplica a los medicamentos con receta.
Su 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, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$4,400
Cobertura de servicios de hospitalización* † Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio.	<ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 5: \$300 de copago por día de cada período de beneficios • días 6 al 90: \$0 de copago por día de cada período de beneficios • días 91 y posteriores: \$74242 de copago por “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) † Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*	0% del costo para colonoscopia/endoscopia 20% del costo para otros servicios
Centro de cirugía ambulatoria*	0% del costo para colonoscopia/endoscopia 20% del costo para otros servicios
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago Visita al especialista*: \$20 de copago
Atención preventiva	\$0 de copago <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i>
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.	\$80 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 de copago por la visita a la sala de emergencias.
Servicios de atención de urgencia	\$20 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 de copago por la visita a la sala de emergencias.

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</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>20% del costo por pruebas de diagnóstico, procedimientos y radiografías \$0 de copago por pruebas de laboratorio</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>\$20 de copago para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$20 de copago por hasta un examen de audición de rutina y una evaluación de audífonos cada tres años Se cubren hasta \$1,500 dólares de asignación cada 3 años 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 (cada 36 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><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>\$20 de copago por visitas relacionadas a el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare \$20 de copago por hasta un examen ocular de rutina complementario por año Usted tiene una cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o un par de anteojos (lentes y marcos) por año. \$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</p>

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Servicios de salud mental como paciente hospitalizado*†	Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 60 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida. El límite de atención hospitalaria como paciente hospitalizado no se aplica a los servicios de salud mental como paciente hospitalizado que se brindan en un hospital general. <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 5: \$0 de copago • días 6 al 90: \$0 de copago • días 91 y posteriores: \$74242 por días de reserva de por vida
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
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: <ul style="list-style-type: none"> • días 1 al 20: \$0 de copago • días 21 al 100: \$19485.50 de copago por día
Rehabilitación ambulatoria* <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia ocupacional† • terapia física† • terapia del habla† 	20% del costo por cada visita cardíaca y pulmonar \$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare \$10 de copago por cada visita de terapia física y del habla cubierta por Medicare † Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia ocupacional, física y del habla.
Ambulancia†	20% del costo Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de ambulancia. † Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Transporte Traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan	\$0 de copago para traslados de ida y vuelta ilimitados a través de Access2Care † Solo se requiere autorización previa para la ambulancia aérea que no es de emergencia.
Medicamentos de la Parte B de Medicare † Para medicamentos no preferidos de la Parte B	20% del costo

Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

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

Las insulinas selectas son insulinas del *Formulario de medicamentos* que están cubiertas en el nivel 2 y nivel 3 de nuestra *Lista de medicamentos*, y se utilizan para un diagnóstico cubierto por la Parte D. Tenga en cuenta que si su insulina se administra a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina debe estar cubierta por la Parte B y no será elegible para el copago de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial

- Después de que pague su deducible anual de \$0, usted paga el costo compartido que figura en las tablas a continuación hasta que sus costos anuales de medicamentos lleguen a \$4,430. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan.

Costo compartido estándar en farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 Genéricos preferidos	\$3 de copago	\$6 de copago	\$6 de copago
Nivel 2 Genérico	\$9 de copago, incluidas las insulinas selectas	\$18 de copago, incluidas las insulinas selectas	\$18 de copago, incluidas las insulinas selectas
Nivel 3 Marca preferida	25% del costo \$35 de copago para las insulinas selectas	25% del costo \$70 de copago para las insulinas selectas	25% del costo \$70 de copago para las insulinas selectas
Nivel 4 Marca no preferida	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5 Nivel de especialidad	33% del costo	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamento selecto	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo compartido estándar en farmacias con envíos por correo

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

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

Etapa 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.

Elevate Medicare Select (HMO) ofrece una brecha de cobertura adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, sus costos de desembolso directo para las insulinas selectas serán de \$9, \$18, \$35 o \$70.

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.

Etapa de cobertura catastrófica

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

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

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

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

- **farmacia minorista**
Puede obtener un suministro para 30, 60, 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
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Atención quiropráctica	\$20 de copago
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 de copago para zapatos o plantillas terapéuticos, insumos para el control de la diabetes y 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.
Envíos por correo de medicamentos de venta libre (OTC)	Se cubren hasta \$150 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.