




El documento *Resumen de beneficios y cobertura* (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se brindará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-823-8872. Consulte el glosario para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) o cualquier otro término [subrayado](#). Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$4,250 por persona o \$8,500 por familia | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los familiares alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva y de farmacia preventiva están cubiertos antes de que alcance el deducible. | Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible . Es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso directo de este plan ? | Para proveedores de la red \$7,500 por persona o \$15,000 por familia | El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta alcanzar el límite de desembolso directo familiar total. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo ? | Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo . |
| ¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.denverhealthmedicalplan.org/fin-doctor o llame al 1-855-823-8872 para obtener una lista de los proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Consulte con su proveedor antes de recibir algún servicio. |
| ¿Necesita una remisión para ver a un especialista ? | Sí. Se permiten las autorremisiones a proveedores de First Health en Colorado solo para servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. | Este plan pagará algunos o todos los costos de consulta a un especialista para recibir servicios cubiertos si usted obtiene una remisión antes de consultar al especialista . |

Preguntas: llame al 1-855-823-8872 o visítenos en www.denverhealthmedicalplan.org. Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son los que corresponden después de alcanzar el [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

| Acontecimiento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo). | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo). | |
| Si acude al consultorio de un proveedor de atención médica o a una clínica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | 30% de coseguro después de deducible/visita | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Visita al especialista | 30% de coseguro después de deducible/visita | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Visita al consultorio de otro profesional | 30% de coseguro después de deducible para el quiropráctico | 100% de coseguro | Se debe recibir atención de un proveedor quiropráctico de Columbine. La cobertura se limita a 20 visitas por año. |
| | Atención preventiva/evaluación de detección /vacunación | Sin cargo | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si le hacen una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 30% de coseguro/prueba | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografías computadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM]) | 30% de coseguro después de deducible/prueba | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members . | Medicamentos preventivos (Nivel 1) | Sin cargo | 100% de coseguro | Las medicaciones de atención preventiva se brindan sin costo compartido, independientemente del nivel. Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan. |
| | Medicamentos genéricos (Nivel 2) | Farmacia de Denver Health: 30 días: \$20 de copago 90 días: \$40 de copago Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$40 de copago 90 días: \$80 de copago | 100% de coseguro | Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo). Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan. |

Preguntas: llame al 1-855-823-8872 o visítenos en www.denverhealthmedicalplan.org. Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

| Acontecimiento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo). | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo). | |
| | Medicamentos de marca preferida (Nivel 3) | Farmacia de Denver Health: 30 días: \$35 de copago 90 días: \$70 de copago Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$70 de copago 90 días: \$140 de copago | 100% de coseguro | Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo). Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan. |
| | Medicamentos especializados de marca no preferida/preferidos (Nivel 4) | Farmacia de Denver Health: 30 días: \$70 de copago 90 días: \$140 de copago Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$140 de copago 90 días: \$280 de copago | 100% de coseguro | Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo). Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan. |
| | Medicamentos especializados (Nivel 5) | Farmacia de Denver Health: 30 días: \$595 de copago 90 días: N/C Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$595 de copago 90 días: N/C | 100% de coseguro | Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo). Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan. |
| Si usted se somete a una cirugía ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 30% de coseguro después de deducible | 30% de coseguro después de deducible | -----ninguna----- |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro después de deducible | 30% de coseguro después de deducible | -----ninguna----- |

| Acontecimiento médico común | Servicios que usted puede necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo). | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo). | |
| | Atención de urgencia | 30% de coseguro después de deducible | 30% de coseguro después de deducible | -----ninguna----- |
| Si usted tiene una estadía en el hospital | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| Si necesita servicios relacionados con la salud mental, la salud conductual o para casos de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| Si usted está embarazada | Visitas al consultorio | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Las visitas preventivas/prenatales y una visita posnatal tienen un copago de \$0. Los servicios adicionales pueden tener un costo compartido. |
| | Servicios profesionales/servicios en centros para el parto/alumbramiento | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales médicas | Atención médica a domicilio | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia. |
| | Servicios de habilitación | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia. |
| | Atención de enfermería especializada | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 100 días por año. |
| | Equipo médico durable | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| | Servicios en centros de cuidados paliativos | 30% de coseguro después de deducible | 100% de coseguro | Se requiere autorización previa. |
| Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica | Examen ocular infantil | Sin cargo | 100% de coseguro | -----ninguna----- |
| | Gafas para niños | Sin cargo | 100% de coseguro | La cobertura se limita a un par por niño de 18 años o menor cada 24 meses. |
| | Control dental para niños | 100% de coseguro | 100% de coseguro | La única cobertura dental es el barniz de fluoruro en la visita al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). |

Preguntas: llame al 1-855-823-8872 o visítenos en www.denverhealthmedicalplan.org. Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (Revise el documento del plan o la póliza para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre esté en peligro)
- cirugía plástica
- atención a largo plazo
- atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- atención de rutina de los pies
- programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- acupuntura
- cirugía bariátrica
- atención quiropráctica
- atención dental (adultos)
- audífonos
- tratamiento de la infertilidad
- enfermería privada (cuando es médicamente necesaria)
- atención oftalmológica de rutina
- terapia hormonal y procedimientos quirúrgicos para personas transgénero

Sus derechos de continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ser de ayuda si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/agencies/ebsa, o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguro (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) al 1-877-267-2323, interno 61565, o en www.cciio.cms.gov. Tiene a su disposición otras opciones para continuar con la cobertura, que incluyen adquirir cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de seguros de salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar quejas y apelaciones: existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por la negación de un [reclamo](#). En tal caso, puede presentar una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Explicación de beneficios* que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos del [plan](#) también contienen toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por el motivo que sea a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con: los Planes de salud de Elevate al 1-855-823-8872 o en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/agencies/ebsa.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para una exención del requerimiento de tener cobertura de salud durante ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) que puede ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————

Preguntas: llame al 1-855-823-8872 o visítenos en www.denverhealthmedicalplan.org. Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura por cuenta propia.

Peg va a tener un bebé.

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$4,250
- Copago del [especialista](#): 30% de coseguro después de deducible
- Coseguro del hospital (instalaciones): 30% de coseguro después de deducible
- Otro coseguro: 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el parto/alumbramiento
 Servicios en centros para el parto/alumbramiento
 Pruebas de diagnóstico (ultrasonido, análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$4,250 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$2,500 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$6,820 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$4,250
- Copago del [especialista](#): 30% de coseguro después de deducible
- Coseguro del hospital (instalaciones): 30% de coseguro después de deducible
- Otro coseguro: 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluidos los servicios de educación sobre enfermedades)
 Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico durable (glucómetro)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,800 |
| Copagos | \$1,400 |
| Coseguro | \$40 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,260 |

La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#): \$4,250
- Copago del [especialista](#): 30% de coseguro después de deducible
- Coseguro del hospital (instalaciones): 30% de coseguro después de deducible
- Otro coseguro: 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias (incluidos los insumos médicos)
 Prueba de diagnóstico (radiografías)
 Equipo médico durable (muletas)
 Servicios de rehabilitación (terapia física)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,300 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$30 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,340 |

Servicios de acceso en distintos idiomas:

(Español) Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Denver Health Medical Plan, Inc. tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-823-8872.

(Vietnamita) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Denver Health Medical Plan, Inc. quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-823-8872.

(Chino) 如果您或您正在幫助的人有關於Denver Health Medical Plan, Inc. 方面的問題您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息想要跟一位翻譯員通話請致電 1-855-823-8872.

(Coreano) 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Denver Health Medical Plan, Inc. 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-855-823-8872로 전화하십시오.

(Ruso) Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Denver Health Medical Plan, Inc. то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-855-823-8872.

(Amárico) እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Denver Health Medical Plan, Inc. ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት ካላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-855-823-8872 ይደውሉ።

(Árabe) كانن لددبيكك أوو لددىى شخصص تساعددهه أسئلة بخصوصص Denver Health Medical Plan, Inc. فلدديكك

بالتصلل 1-855-823-8872.

(Alemán) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Denver Health Medical Plan, Inc. haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-823-8872 an.

(Francés) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Denver Health Medical Plan, Inc. vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-855-823-8872.

(Nepali) यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गर्दै, वा कसैलाई मद्दत गर्दै हुनुहुन्छ, **Denver Health Medical Plan, Inc.**

बारे प्रश्नहरू छन् भने आफ्नो मातृभाषामा निःशुल्क सहायता वा जानकारी पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कुरा गनसुरे 1 855 823 8872 मा फोन गर्नुहोस् ।

(Tagalog) Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Denver Health Medical Plan, Inc. may karapatan ka na makakuha ng tulong at

impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-855-823-8872.

(Japonés) ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも Denver Health Medical Plan, Inc.

についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-855-823-8872 までお電話ください。

(Cushite) Isin yookan namni biraa isin deeggartan Denver Health Medical Plan, Inc. irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-855-823-8872 tiin bilbilaa.

وو کمک که ددارریدی ررا ایین حق باشییدد دااشتهه اگر شما, بیا کسی کهه شما بهه اوو کمک میکنییدد ,, سووال ددرر مووردد. (Persian) Denver Health Medical Plan, Inc. نمایییدد حاصلل تماس س 1-855-823-8872 نمایییدد ددررییافتت ررا اییگانن ططوورر بهه ررا خوودد ززبانن بهه اطلاعاتت

(Kru) I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Denver Health Medical Plan, Inc. U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-855-823-8872.