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?	$100 por persona o $200 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 $1,000 por persona o $2,000 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/find-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.

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	$0 de copago/visita	100% de coseguro	----------ninguna----------
	Visita al especialista	$40 de copago/visita	100% de coseguro	----------ninguna----------
	Visita al consultorio de otro profesional	$40 de copago 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)	20% de coseguro después de deducible/prueba	100% de coseguro	----------ninguna----------
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	20% 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 *Formulario de medicamentos* 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: $0 de copago 90 días: $0 de copago Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: $0 de copago 90 días: $0 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 *Formulario de medicamentos* como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.

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: $10 de copago 90 días: $20 de copago Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: $20 de copago 90 días: $40 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 *Formulario de medicamentos* 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: $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 *Formulario de medicamentos* 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: $30 de copago 90 días: N/C Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: $60 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 *Formulario de medicamentos* 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)	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro después de deducible	20% de coseguro después de deducible	----------ninguna----------
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después de deducible	20% de coseguro después de deducible	----------ninguna----------

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).	
	Atención de urgencia	$40 de copago	$40 de copago	----------ninguna----------
Si usted tiene una estadía en el hospital	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% 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	Sin cargo para visitas al consultorio, otros servicios ambulatorios 20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	----------ninguna----------
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	$0 de copago	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	20% 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	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 100 días por año.
	Equipo médico durable	20% de coseguro después de deducible	100% de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Servicios en centros de cuidados paliativos	20% 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).

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:** $100
- **Copago del especialista:** $40 de copago
- **Coseguro del hospital (instalaciones):** 20% 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	$100
Copagos	$0
Coseguro	$900
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$1,060**

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:** $100
- **Copago del especialista:** $40 de copago
- **Coseguro del hospital (instalaciones):** 20% 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	$100
Copagos	$800
Coseguro	$90
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,010**

La fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **El deducible general del plan:** $100
- **Copago del especialista:** $40 de copago
- **Coseguro del hospital (instalaciones):** 20% 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	$100
Copagos	$100
Coseguro	$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$700**

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

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 사람이Denver Health Medical Plan, Inc. 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는1-855-823-8872로 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፣ ወይምእርስዎየሚያግዙትግለሰብ፣ ስለDenver Health Medical Plan, Inc. ጥያቄካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-855-823-8872 ይደውሉ።

(Árabe) كان لدييك أوو لددى شخص تساعدده أسئلة بخصووص فلدييك Denver Health Medical Plan, Inc. اتصل بـ 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 गर्नुपरे 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

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.

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 کهه دداارریید ررا ااینن حق باشیید دداشتههااگرر شما,, بیا کسی کهه شما بهه ااوو کمک میکنیید ,, سوواالل ددرر مووررد Denver Health Medical Plan, Inc. (Persian) .نمایییدد
حاصل تماس 1-855-823-8872 نمایییدد ددررییافتت ررااییگانن ططووررر بهه ررا خوودد ززباانن بهه ااططلاعاتت

(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 nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-855-823-8872.