

# INFORME ANUAL 2022



**DENVER HEALTH  
MEDICAL PLAN** INC.™

**Seguro de salud para la comunidad donde vivimos**

# 2021 FRENTE A 2022

## DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC. DECLARACIONES ESTATUTARIAS DE ACTIVOS, PASIVOS Y EXCEDENTES ADMITIDOS 31 DE DICIEMBRE DE 2022 Y 2021

ACTIVOS	2022	2021
<b>Efectivo y activo invertido</b>		
Efectivo e inversiones		
Bonos	\$52,878,402	\$ 38,452,618
Efectivo, equivalentes de efectivo e inversiones a corto plazo	12,202,716	8,287,145
Total de activos en efectivo e invertidos	<u>65,081,118</u>	<u>46,739,763</u>
Primas adeudadas y pendientes de pago	4,254,909	2,840,144
Primas retrospectivas acumuladas	28,651,215	22,525,614
Reseguro recuperable por pérdidas pagadas	6,929,833	4,959,025
Montos a cobrar relacionados con los planes sin seguro	1,951,766	104,414
Ingresos por inversión a cobrar	464,998	293,301
Pagos anticipados a afiliados	9,048,462	-
Atención médica y otros montos a cobrar	<u>487,250</u>	<u>764,321</u>
Total de activos admitidos	<u><u>\$116,869,551</u></u>	<u><u>\$78,226,582</u></u>
<b>PASIVO Y EXCEDENTE</b>		
<b>Pasivo</b>		
Cuentas a pagar	\$3,008,235	\$2,530,847
Reclamos a pagar, neto de reseguro (informados/no informados)	41,863,921	33,223,601
A pagar a afiliados	4,450,471	2,052,165
Reservas totales de pólizas de salud	28,939,104	-
Pasivo por montos en planes sin seguro	-	959,293
Primas recibidas por adelantado	382,753	793,634
Primas de reaseguro cedidas a pagar	50,000	57,990
Remesas y partidas no asignadas	-	73,673
Gastos de ajuste de reclamos pendientes de pago	597,500	597,138
Inversiones totales de otros pasivos	<u>1,472,395</u>	<u>781,630</u>
Total pasivo	<u>80,764,379</u>	<u>41,069,971</u>
<b>Excedente</b>		
Excedente aportado	5,605,855	5,605,855
Excedente acumulado	<u>30,499,317</u>	<u>31,550,756</u>
Excedente total	<u>36,105,172</u>	<u>37,156,611</u>
Total de pasivo y excedente	<u><u>\$116,869,551</u></u>	<u><u>\$78,226,582</u></u>

# 2021 FRENTE A 2022

## DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC. DECLARACIONES ESTATUTARIAS DE INGRESOS Y GASTOS AÑOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022 Y 2021

	<u>2022</u>	<u>2021</u>
<b>INGRESOS NETOS POR PRIMAS</b>	<u>\$470,412,508</u>	<u>\$472,302,736</u>
<b>Servicios médicos y hospitalarios</b>		
Beneficios médicos/hospitalarios	248,599,502	334,511,755
Otros servicios profesionales	124,941	128,103
Remisiones externas	120,953,571	57,914,547
Sala de emergencias y fuera de las áreas	77,679,894	68,550,364
Medicamentos con receta	46,835,203	32,977,230
Inversiones totales de hospitalario y médico	<u>3,746,610</u>	<u>3,353,840</u>
	497,939,721	497,435,839
Recuperaciones netas de reseguro	<u>(70,038,670)</u>	<u>(57,255,636)</u>
Total médico y hospitalario	427,901,051	440,180,203
<b>Gastos de ajustes de reclamos</b>	9,952,610	8,992,470
<b>Gastos administrativos generales</b>	<u>34,759,126</u>	<u>33,880,451</u>
Deducciones totales de suscripción	<u>472,612,787</u>	<u>483,053,124</u>
Pérdida de suscripción neta	<u>(2,200,279)</u>	<u>(10,750,388)</u>
<b>Ingresos de inversión obtenidos</b>	1,184,989	1,206,730
<b>Ganancia de capital realizado</b>	<u>8,297</u>	<u>68,410</u>
Ingresos netos por inversión	<u>1,193,286</u>	<u>1,275,140</u>
<b>Otros gastos</b>	<u>-</u>	<u>857,214</u>
Pérdida neta	<u><u>\$(1,006,993)</u></u>	<u><u>\$(10,332,462)</u></u>

# 2021 FRENTE A 2022

## DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC. DECLARACIONES ESTATUTARIAS DE CAMBIOS EN EL EXCEDENTE AÑOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022 Y 2021

	EXCEDENTE APORTADO	EXCEDENTE ACUMULADO	EXCEDENTE TOTAL
<b>Saldo, 1 de enero de 2021</b>	\$1,493,712	\$41,966,891	\$43,460,603
Pérdida neta	-	(10,332,462)	(10,332,462)
Cambio en las ganancias netas de capital no realizado	-	90,512	90,512
Aporte de capital adicional	4,112,143	-	4,112,143
Cambio en el activo no admitido	-	(174,185)	(174,185)
<b>Saldo, 31 de diciembre de 2021</b>	5,605,855	31,550,756	37,156,611
Pérdida neta	-	(1,006,993)	(1,006,993)
Cambio en el activo no admitido	-	(44,446)	(44,446)
<b>Saldo, 31 de diciembre de 2022</b>	<u>\$5,605,855</u>	<u>\$30,499,317</u>	<u>\$36,105,172</u>

# 2021 FRENTE A 2022

DENVER HEALTH MEDICAL PLAN, INC.  
DECLARACIONES ESTATUTARIAS DE FLUJOS DE EFECTIVO  
AÑOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2022 Y 2021

	2022	2021
<b>Efectivo de operaciones</b>		
Primas e ingresos recaudados, neto de reseguro	\$491,475,984	\$463,331,098
Pagos relacionados con los beneficios y las pérdidas	(421,138,311)	(435,176,619)
Gastos generales y de ajuste de reclamos pagados	(47,040,631)	(42,373,047)
Ingresos diversos (pérdida)	(9,066,819)	64,668
Ingresos netos por inversión	1,290,613	1,575,034
	<u>15,520,836</u>	<u>(12,578,866)</u>
<b>Efectivo de las inversiones</b>		
Ingresos de inversiones vendidas, vencidas o reembolsadas: bonos	5,817,346	18,969,144
Ingresos de inversiones vendidas, vencidas o reembolsadas: fondos de inversión	-	10,024,909
Costo de las inversiones adquiridas: fondos mutuos	-	(19,916)
Costo de las inversiones adquiridas: bonos	(20,512,150)	(12,775,525)
	<u>(14,694,804)</u>	<u>16,198,612</u>
<b>Efectivo del financiamiento y fuentes diversas</b>		
Otro efectivo aplicado	3,089,543	837,525
Aporte de capital	-	4,112,143
Pagos a afiliados	-	(261,741)
	<u>3,089,543</u>	<u>4,687,927</u>
<b>Cambio en efectivo, equivalentes de efectivo y a corto plazo</b>	3,915,575	8,307,673
<b>Inversiones</b>		
<b>Efectivo, equivalentes de efectivo e inversiones a corto plazo, comienzo del año</b>	<u>8,287,145</u>	<u>(20,528)</u>
<b>Efectivo, equivalentes de efectivo e inversiones a corto plazo, fin de año</b>	<u><u>\$12,202,716</u></u>	<u><u>\$8,287,145</u></u>

# DERECHOS DE LOS MIEMBROS

## LOS MIEMBROS TIENEN EL DERECHO:

- » A tener acceso a profesionales y personal que están comprometidos a brindar atención médica de calidad a todos los miembros sin tener en cuenta la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- » A recibir atención médica/de salud conductual que se basa en pruebas científicas objetivas y en las relaciones humanas. Una asociación basada en la confianza, el respeto y la cooperación entre el proveedor, el personal y el miembro dará como resultado una mejor atención médica.
- » A ser tratado con cortesía, respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- » A recibir un tratamiento igual y justo, sin distinción de la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- » A elegir o cambiar su proveedor de atención primaria dentro de la red de proveedores, ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria cada vez que un problema de salud le preocupe y buscar una segunda opinión si así lo desea.
- » A esperar que sus registros médicos y todo lo que le diga a su proveedor sean tratados de forma confidencial y no se divulguen sin su consentimiento, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley.
- » A obtener copias de sus registros médicos o limitar el acceso a estos registros, de acuerdo con la ley estatal y federal.
- » A pedir una segunda opinión, sin costo alguno para usted.
- » A conocer los nombres y los títulos de los médicos, los enfermeros y otras personas que brindan la atención o los servicios para los miembros.
- » A sostener una conversación sincera con su proveedor sobre las opciones de tratamientos adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- » A participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- » A solicitar o rechazar tratamiento hasta donde la ley lo permita y saber cuáles pueden ser las consecuencias.
- » A recibir atención de calidad e información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad de DHMP.
- » A recibir información acerca de DHMP, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros, así como recibir notificación inmediata de cancelación u otros cambios de los beneficios, los servicios o la red de DHMP. Esto incluye cómo obtener servicios durante el horario de atención regular, atención de emergencia, fuera del horario de atención, atención fuera del área, las exclusiones y los límites sobre el servicio cubierto.
- » A obtener más información acerca de su proveedor de atención primaria y sus experiencias profesionales, como la facultad de medicina a la que asistió o dónde realizó su residencia, visite [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org) y haga clic en "Find a Doctor/Provider" (Buscar un médico/proveedor) para acceder al Directorio de proveedores in internet, o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2100.
- » A expresar su opinión sobre DHMP o sus proveedores ante los órganos legislativos o los medios de comunicación sin temor a perder los beneficios de salud.
- » A que se le expliquen todos los formularios de consentimiento u otros documentos que DHMP o sus proveedores le pidan que firme, a negarse a firmar dichos formularios hasta que los comprenda, a negarse a recibir tratamiento y a comprender las consecuencias de dicha decisión, a negarse a participar en proyectos de investigación, a tachar cualquier parte de un formulario de consentimiento que usted no desea que se aplique a su atención o a cambiar de parecer antes de someterse a un procedimiento para el cual ya haya prestado su consentimiento.
- » A instruir a sus proveedores sobre sus deseos en relación con las instrucciones anticipadas (cuestiones como poder notarial, testamento vital o donación de órganos).
- » A recibir atención en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para afecciones de emergencia y a recibir atención dentro de las 24 horas para afecciones urgentes.
- » A contar con los servicios de intérpretes si los necesita al recibir atención médica.
- » A cambiar la inscripción durante los períodos en que las reglas y los reglamentos le permiten tomar esta decisión.
- » A tener opciones de remisiones a todos los proveedores de la red que estén calificados para ofrecer servicios especializados cubiertos; se aplican los copagos correspondientes.
- » A esperar que las remisiones aprobadas por el plan no se puedan cambiar después de la autorización previa ni se puedan negar posteriormente, excepto en casos de fraude, abuso o modificaciones en su condición de elegibilidad al momento de recibir el servicio.
- » A recibir una remisión permanente de un proveedor de atención primaria para visitar un centro de tratamiento especializado de la red de DHMP por una enfermedad o lesión que requiera atención continua.
- » A hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de DHMP.
- » A expresar una queja o a apelar una decisión relacionada con la organización de DHMP o con la atención brindada, y a recibir una respuesta de acuerdo con el proceso de quejas/apelaciones.

# RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

## LOS MIEMBROS TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE:

- » Tratar a los proveedores y su personal con cortesía, dignidad y respeto.
- » Pagar todas las primas y costos compartidos aplicables (es decir, deducible, coseguro, copagos).
- » Concertar y mantener las citas, ser puntual, llamar si va a llegar tarde o tiene que cancelar una cita, tener su tarjeta de identificación de DHMP disponible en el momento del servicio y pagar los cargos por cualquier beneficio no cubierto.
- » Informar sobre sus síntomas y problemas a su proveedor de atención primaria y hacer preguntas, así como participar en su atención médica.
- » Informarse sobre el procedimiento o tratamiento, y pensar en ello antes de que se lleve a cabo.
- » Reflexionar acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento que su proveedor de atención primaria sugiere.
- » Obtener una remisión por parte de su proveedor de atención primaria antes de consultar con un especialista.
- » Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que haya acordado con su proveedor.
- » Proveer, en la medida de lo posible, la información y los registros correctos y necesarios que DHMP y sus proveedores necesiten para brindarle atención.
- » Comprender sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados.
- » Expresar sus quejas e inquietudes de una manera educada y adecuada.
- » Aprender y saber sobre los beneficios del plan (cuáles servicios están cubiertos y cuáles no) y comunicarse con un representante de Servicios del Plan de Salud de DHMP ante cualquier pregunta.
- » Informar a los proveedores o a un representante de DHMP cuando no le satisfaga la atención o el servicio.



# CONOZCA NUESTRO EQUIPO

## PERSONAL EJECUTIVO

**GREG MCCARTHY**  
DIRECTOR GENERAL  
Y DIRECTOR EJECUTIVO

**CHRISTINE MESSERSMITH, MD**  
DIRECTORA MÉDICA

**JOSEPH CALDWELL**  
DIRECTOR FINANCIERO

**MICHAEL WAGNER**  
JEFE ADMINISTRATIVO

**DONNA LYNNE, DrPH**  
DIRECTORA GENERAL  
DE DENVER HEALTH &  
HOSPITAL AUTHORITY

**ENID WADE**  
ASESORA GENERAL

## JUNTA DIRECTIVA //DIRECTORES

**PRESIDENTE**  
**CARLA ELAM FLOYD**  
PRESIDENTE EN  
ELAM FLOYD & ASSOCIATES

**VICEPRESIDENTE**  
**SIMON HAMBIDGE, MD**  
JEFE DE AMBULATORIOS EN  
DENVER HEALTH &  
HOSPITAL AUTHORITY

**TESORERO**  
**(A DETERMINAR)**  
DIRECTOR FINANCIERO EN  
DENVER HEALTH &  
HOSPITAL AUTHORITY

## JUNTA DIRECTIVA //MIEMBROS

HELEN ATKESON, ESQ  
STERLING SCOTT CROWE  
RUS HEISE  
DON FOWLER  
CLAIRE BROCKBANK  
RICK NEWSOM

# COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

777 BANNOCK ST., MC6000  
DENVER, CO 80204  
303-602 2100 | 800-700-8140  
DENVERHEALTHMEDICALPLAN.ORG