



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™

ELEVATE MEDICARE CHOICE (HMO D-SNP)

Condados de Denver, Adams y Jefferson

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



QUÉ CONTIENE

- » Comprender las opciones de Medicare
- » Programa de Ahorros de Medicare y Extra Help (Ayuda adicional)
 - » Cómo funciona su plan
 - » Información específica del plan

INFORMACIÓN SOBRE SU AGENTE

Nombre del agente: _____

Número de teléfono del agente: _____

Correo electrónico del agente: _____

¡HABLEMOS!

Llame a un agente de ventas con licencia al **303-602-2999**.
Están listos para analizar sus opciones y ayudarlo a inscribirse.



Comprenda sus opciones de Medicare



Medicare tiene cuatro partes:



Parte A: este es un seguro hospitalario que cubre la atención en hospitales y centros de rehabilitación, e incluye las radiografías, las cirugías y los tratamientos de radiación. También cubre los establecimientos de enfermería especializada, los centros de cuidados paliativos y la atención médica domiciliaria. La mayoría de las personas no pagan la prima de la Parte A.



PARTE B: este es un seguro médico que cubre servicios hospitalarios ambulatorios, atención médica a domicilio, ambulancia, visitas al médico y servicios preventivos. Puede pagar una prima mensual de la Parte B y, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social.



Parte C: esta es una alternativa a Medicare Original, que analizaremos a continuación. Cubre todos sus beneficios de la Parte A y B, y puede cubrir los beneficios de la Parte D. Estos planes pueden incluir beneficios extras, requerir que consulte a médicos o especialistas dentro de la red, y limita los gastos de desembolso directo para proteger sus finanzas. Puede pagar una prima de la Parte C y debe seguir pagando la prima de la Parte B.



Parte D: este es un plan de medicamentos con receta que cubre los medicamentos con receta. A menudo se incluye en su plan de la Parte C o se puede comprar por separado para Medicare Original. Puede pagar una prima mensual de la Parte D.

Tiene dos opciones:

Opción 1: Medicare Original

Las Partes A y B conforman Medicare Original, y es provista por el gobierno federal.

Opción 2: Medicare Advantage

Estos son planes de la Parte C. Cubren la Parte A y B, y pueden cubrir la Parte D. Ofrecen beneficios que son tan buenos como Medicare Original, pero también pueden incluir beneficios extras como accesorios para la visión, audición, odontología, transporte y más.

Compare la diferencia:

	Medicare Original	Medicare Advantage (Parte C)
Médicos y especialistas	Puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare.	Debe utilizar los médicos y hospitales de la red. Si es una emergencia, puede ir a cualquier hospital o centro de atención de urgencia.
Cobertura de medicamentos con receta	Debe comprar un plan de la Parte D por separado.	Puede incluir cobertura de medicamentos con receta para que no necesite comprar un plan por separado.
Costos totales de desembolso directo	Es posible que no tenga un límite en cuánto paga de desembolso directo cada año.	Tiene un máximo de desembolso directo cada año.

Programas de ahorros de Medicare y Extra Help (Ayuda adicional)



Hay cuatro Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) diferentes, y la calificación depende de sus ingresos y límites de recursos:

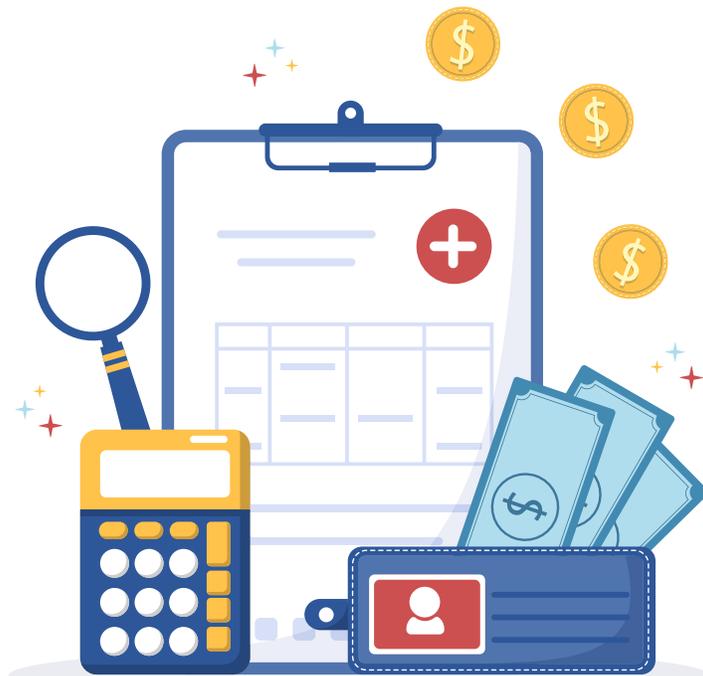
- » El beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) paga las primas de la Parte A, las primas de la Parte B, los deducibles y el coseguro.
- » El beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) solo paga las primas de la parte B.
- » Las personas calificadas-1 (Qualified Individuals, QI-1) pagan solo las primas de la Parte B.
- » Las personas calificadas discapacitadas y empleadas (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI) pagan solo la prima de la Parte A.

Si desea solicitar un MSP, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos local. Nuestros planes tienen una prima de \$0 para la Parte D.

Si no está recibiendo Extra Help (Ayuda adicional), puede consultar si reúne los requisitos para hacerlo. Para esto, puede llamar a:

- » **1-800-Medicare** o los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- » Su oficina estatal de Medicaid.
- » La Administración del Seguro Social (Social Security Administration) al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al **303-602-2111** o al **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).





ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™

CÓMO FUNCIONA SU PLAN





ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc...

¿Cuáles son las mayores ventajas de su plan Medicare Advantage?



OPCIONES FLEXIBLES PARA LA ATENCIÓN EN EL MISMO DÍA

Cuando necesite atención, siempre es mejor consultar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Pero si no puede, su plan Elevate Medicare Advantage ofrece una variedad de opciones flexibles para garantizar que tenga acceso a la atención adecuada en el momento adecuado:



NurseLine (Línea de Enfermería) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para brindar asistencia médica gratis y consejos de atención, e incluso para recetar ciertas medicaciones: 303-739-1261.



DispatchHealth facilita las visitas de atención de urgencia en la comodidad de su propio hogar, de 8 a.m. a 10 p.m., los 365 días del año: 303-500-1518.

- gran alternativa a las salas de espera concurridas y al riesgo de exposición a gérmenes



- mismo copago que para un centro de atención de urgencia

Acceso a cualquier centro de atención de urgencia o departamento de emergencias en EE. UU.

Su salud es nuestra mayor prioridad. La fácil atención en el mismo día es solo una de las muchas maneras en que estamos continuamente buscando mejorar nuestro nivel de servicio para usted.

TRASLADOS GRATUITOS A CITAS MÉDICAS

El transporte médico en casos que no son de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio cubierto para los miembros de Elevate Medicare Advantage. Usted cuenta con traslados de ida y vuelta ilimitados que pueden ser utilizados para visitar cualquier ubicación relacionada con la salud y aprobada por el plan.

- 1. Llame a Access2Care al menos 48 horas antes de su cita: 1-877-692-5315 (de 6 a.m. a 9 p.m., los 7 días de la semana).**
- 2. Recibirá una llamada del conductor 24 horas antes de la cita para confirmar la hora exacta en que debe recogerlo.**
 - » Esté listo al menos 60 minutos antes de la cita para asegurarnos de que llegue a tiempo.
 - » Para cancelar o cambiar un traslado, llame a Access2Care al 1-877-692-5315.



PODEMOS AYUDARLE A SACAR EL MÁXIMO PROVECHO DE SUS BENEFICIOS.

Estamos aquí para escucharlo, ayudar a responder cualquier pregunta que tenga y asistirlo en la exploración de sus beneficios. Cuando tenga una pregunta sobre su plan Elevate Medicare Advantage o sus beneficios, llámenos. ¡Estamos especialmente capacitados para ayudarlo!

Podemos asistirlo con temas como los siguientes:

- » programación de citas con un proveedor de atención primaria (PCP) o especialista
- » información sobre dónde obtener atención cuando necesita atenderse de inmediato
- » comprensión de la red de proveedores y los beneficios cubiertos
- » obtención de la atención, las pruebas y el tratamiento que necesita
- » ayuda para surtir recetas
- » comprensión de los costos de los medicamentos con receta
- » comprensión de los beneficios dentales y cómo programar una cita dental



HORARIO DE ATENCIÓN:
De 8 a.m. a 8 p.m.
Los siete días de la semana



¿TIENE PREGUNTAS SOBRE SU PLAN?

303-602-2111

¡Con Elevate Medicare Advantage, obtener las medicaciones con receta es fácil! Puede surtir las recetas utilizando las siguientes opciones.



FARMACIA POR CORREO

Farmacia por Correo de Denver Health es una forma fácil y segura de recibir sus medicamentos con receta directamente en su buzón. Un proveedor de Denver Health debe emitir la receta.

Formas de inscribirse en Farmacia por Correo

1. utilizando MyChart
 - » en Internet en **MyChart.DenverHealth.org**
 - » mediante la aplicación MyChart para teléfonos inteligentes
2. llamando directamente a la farmacia, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.:
303-436-4488

Para obtener más información, visite:

DenverHealthMedicalPlan.org/Denver-Health-Pharmacy-Mail

ENTREGA A DOMICILIO

Si recibir sus medicamentos con receta por correo no es la mejor opción, puede recibirlas en la puerta de su casa **¡sin costo para usted!** Llame al 303-436-4488 para programar la entrega a domicilio. Un proveedor de Denver Health debe emitir la receta.



SUMINISTROS DE MEDICACIONES DE MANTENIMIENTO PARA 100 DÍAS

La mayoría de las medicaciones que surte periódicamente ahora se pueden surtir para 100 días, y **no hay costo adicional** en comparación con los suministros para 90 días. Pregúntele a su proveedor de atención médica o farmacia cómo obtener un suministro de medicaciones para 100 días. Nota: Las sustancias controladas y las medicaciones especializadas no son elegibles para suministros de 100 días.



¿SE VA DE VIAJE POR UN TIEMPO? ¡OFRECEMOS SUMINISTROS PARA LAS VACACIONES!

Si es demasiado pronto para renovar su medicación y se va a quedar sin ella mientras está de viaje, ¡lo cubrimos! Puede obtener un suministro adicional cubierto por su plan Medicare Advantage de DHMP. ¿Cómo? Siguiendo dos sencillos pasos:



- » Llame al equipo de farmacia al 303-602-2070 al menos una semana antes de su partida.
- » Díganos que necesita más medicación de la habitual porque se le va a acabar mientras está de viaje.



SURTIR LAS RECETAS EN LA FARMACIA LOCAL

Por supuesto, aún tiene la opción de surtir las recetas en su farmacia favorita local de la red si es más conveniente para usted.

Para obtener más información o ayuda, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. H5608_MCRRxFlyer23SP_C

HORARIO DE ATENCIÓN:

De 8 a.m. a 5 p.m.
De lunes a viernes



¿TIENE PREGUNTAS? LLÁMENOS AL:

303-602-2070



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™



Obtenga su evaluación de riesgos para la salud – ¡y una recompensa de \$25!

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), se le asignará un gestor de atención y un coordinador de atención del plan de salud para ayudarlo con sus objetivos de atención médica. Nuestros gestores de atención están a su disposición para trabajar con usted y su médico, y así garantizar que reciba la atención que necesita.

En nuestro Programa de Gestión de la Atención, podemos:

- » concertar citas con médicos y especialistas
- » hacer remisiones a recursos
- » ayudarlo con la programación del transporte para las citas médicas
- » hablar con su médico para asegurarse de que tiene los medicamentos que necesita
- » ¡y más!

Complete la evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) y ¡obtenga una recompensa de \$25!

Tiene la oportunidad de completar una HRA inicial. Queremos que esté sano y se sienta bien. Al responder las preguntas en la HRA, identificaremos sus riesgos de salud y trataremos de reducirlos. Cada año, le pediremos que complete una HRA para saber si hubo algún cambio en su salud. Esto también nos ayudará a saber si necesita más ayuda.

Sus respuestas a estas preguntas no afectan la cobertura de su seguro y pueden ser compartidas con su médico. Podemos trabajar con su médico y equipo de atención médica para tratar de mejorar su salud.

¿Qué puede esperar?

Recibirá una HRA por correo. También tendrá un enlace para realizar la HRA en línea. Luego, se hará un seguimiento por teléfono. También recibirá una carta de bienvenida del gestor de atención y el coordinador de atención del plan de salud, y cómo comunicarse directamente con nosotros. Una vez que recibamos la HRA completa por teléfono o correo, le enviaremos una *tarjeta prepaga Elevate Medicare Advantage Visa® de \$25 al domicilio postal registrado. El procesamiento de la solicitud puede llevar de cuatro a seis semanas.

Si desea comunicarse con nosotros para completar la HRA, llame al **1-833-292-4893**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Después de completar la HRA, se le enviará una recompensa de \$25 al domicilio postal registrado. Si ha actualizado la información de contacto desde que se inscribió, comuníquese con nosotros al **303-602-2184** o envíenos un correo electrónico a **DHMPCC@dhha.org**.



* A la tarjeta la emite Pathward, N.A., miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Sin acceso a efectivo ni pagos recurrentes. Puede utilizarse en determinados comerciantes que aceptan tarjetas de débito Visa. Visite MyPrepaidCenter.com/page/elevate-medicare. Tarjeta válida por hasta 12 meses. Los fondos no tienen vencimiento y pueden estar disponibles después de la fecha de vencimiento de la tarjeta. Pueden aplicarse tarifas. Se aplican términos y condiciones. H5608_InitialHRASP_C



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE™**

Denver Health Medical Plan

Elevate Medicare Advantage

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Condados de Adams, Denver o Jefferson

Resumen de beneficios

2023

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

H5608_001SB23v2_M CMS Approved 09/24/2022

Acerca de este *Resumen de beneficios*

Gracias por considerar Elevate Medicare Advantage de Elevate Medicare Advantage. 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 detalles, 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. 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.

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.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, 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 English, 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 de Medicare.
- Es un beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid.
- Reside en los condados de Adams, Denver o Jefferson.

¿Qué cubrimos?

- Los miembros de nuestro plan obtienen los mismos beneficios cubiertos por Medicare Original y más. Algunos de los beneficios se describen en este documento. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.
- Usted cuenta con cobertura tanto de Medicare y QMB como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. QMB y Medicaid cubren los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos los copagos y el coseguro. No paga nada por estos servicios enumerados en la tabla de beneficios, siempre que siga siendo elegible tanto para Medicare y QMB 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:

- 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) 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. 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.

Parte C de Medicare: qué está cubierto y cuánto cuesta

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-\$41.60** por mes, según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i>
Deducible	<p>El deducible es \$0** o \$226 y se aplica a los servicios dentro de la red.</p> <p>El deducible de la Parte D es \$0** o \$505, y se aplica a los medicamentos con receta.</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 QMB o 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.	\$8,200**

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 \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día 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) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <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 total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Centro quirúrgico ambulatorio*</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Visitas al consultorio médico*</p>	<p>Visita de atención primaria: \$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p> <p>Visita al especialista: \$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><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 total (hasta \$95) por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 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 total (hasta \$60) por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare</p> <p>Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita de atención de urgencia.</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 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 total una vez que alcanzó el deducible por las pruebas de diagnóstico, los procedimientos y las radiografías cubiertos por Medicare</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** o 20% del costo total por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años \$0 de copago por las adaptaciones/evaluaciones de audífonos Cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años</p>
<p>Servicios dentales† Cobertura dental preventiva e integral</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales cada año \$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><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 	<p>\$0** o 20% del costo total del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare \$0** o 20% del costo total de la prueba de detección de glaucoma anual para personas en riesgo</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>	
<ul style="list-style-type: none"> • examen ocular de rutina complementario • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) 	<p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año Usted tiene una cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos ilimitados (lentes y marcos) por año.</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*[†] 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.</p>	<p>\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día 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) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Centro 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.</p>	<p>\$0** o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 100: \$0** o \$200 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos
<p>Rehabilitación ambulatoria*</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia ocupacional[†] • terapia física[†] • terapia del habla[†] 	<p>\$0** o 20% del costo total 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>
<p>Ambulancia[†]</p>	<p>\$0** o 20% del costo total 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>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.</p>
<p>Transporte Traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan</p>	<p>\$0 de copago para traslados de ida y vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan a través de Access2Care</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare † Para medicamentos no preferidos de la Parte B</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible. A partir del 4/1/2023, ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. A partir del 7/1/2023, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina provista a través de un DME, incluso si no ha pagado el deducible.</p>

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
\$1.45 de copago
\$4.15 de copago
15% del costo total

Para todos los otros medicamentos, ya sea:

\$0 de copago
\$4.30 de copago
\$10.35 de copago
15% del costo total

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 \$4,660.

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 \$7,400, 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.

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista o a través del servicio de envíos por correo) alcance \$7,400, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$4.15 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 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 la mayoría de las medicaciones. Consulte el *Formulario de medicamentos* www.denverhealthmedicalplan.org para obtener detalles. 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 o al número gratuito 1-877-956-2111 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 o al número gratuito 1-877-956-2111 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. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.	
Tensiómetro† Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un tensiómetro con cobertura de hasta \$135 de por vida para los miembros que cumplan con los requisitos <i>Consulte la EOC para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i>
Atención quiropráctica	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.

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>	
<p>Servicios e insumos para la diabetes†</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible para zapatos terapéuticos, plantillas, insumos para el control de la diabetes y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>† 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.</p>
<p>Tarjeta de alimentos saludables de Elevate Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.</p>	<p>\$260 de asignación trimestral para comprar alimentos saludables con una tarjeta prepaga en los minoristas participantes Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Sin reembolsos.</p> <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i></p>
<p>Beneficio de comidas Las comidas se ofrecen para cada paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (después del alta).</p>	<p>\$0 de copago por un máximo de 21 comidas durante los 10 días posteriores al alta de cada paciente hospitalizado en un SNF</p>
<p>Envíos por correo de medicamentos de venta libre (OTC)</p>	<p>Cobertura trimestral de hasta \$260 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.</p>

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)
* 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.		
Ambulancia†	\$0 de copago	\$0** o 20% del costo total 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.
Evaluación de detección de cáncer colorrectal	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita para una colonoscopia de diagnóstico o tratamiento conforme al pago por servicio de Medicaid \$0 de copago para evaluaciones de detección conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0 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>		
<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 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>	<p>Beneficio máximo anual de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales cada año</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><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></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>		
<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 Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible para zapatos o plantillas terapéuticos, insumos para el control de la diabetes y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>† 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.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio y radiológicos*</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Equipo médico durable (DME)† Se incluye el oxígeno.</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por día para algunos DME conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total 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> <p>† Se requiere autorización previa para todos los DME alquilados.</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>		
Atención de emergencia	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia \$8 de copago por visita si no es una emergencia conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total (hasta \$95) 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 • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos 	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$0 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde	\$0** o 20% del costo total por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare \$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años \$0 de copago por las adaptaciones/evaluaciones de audífonos Tiene una cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años.
Atención médica a domicilio*†	\$0 de copago	\$0 de copago
Centro de cuidados paliativos	\$0 de copago No más de 9 meses	Cubierto por Medicare Original
Vacunas	\$0 de copago	\$0 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>		
<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</p>	<p>\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día 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) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
<p>Cobertura de servicios de hospitalización*† (continuación)</p>		<p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</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 para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*†	\$0 de copago	\$0** o \$1,600 de deducible por cada período de beneficio <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 y posteriores: \$800 de copago por día 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) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Mamografías	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*	\$0 de copago†	\$0** o 20% del costo total 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>		
<p>Rehabilitación ambulatoria*</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia física† • terapia ocupacional† • terapia del habla† 	<p>\$0 de copago conforme a Elevate 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 total 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>
<p>Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios*</p>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$4 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p> <p>\$0 de copago en un centro de cirugía ambulatoria conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
<p>Pruebas de Papanicolaou</p>	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</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 de podología*	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Medicamentos con receta†	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. \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice	\$505 de deducible Según su nivel de <i>Extra Help (Ayuda adicional)</i> , durante la etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0-\$4.15 de copago o 15% del costo total para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). Usted paga \$0-\$10.35 de copago o 15% del costo total para todos los demás medicamentos con receta.
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención primaria	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice \$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid	\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible
Evaluaciones de detección de cáncer de próstata	\$0 de copago	\$0 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>		
Dispositivos protésicos†	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$1 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total 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*	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*	<p>\$0 de copago</p>	<p>Usted paga \$0** o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 100: \$0** o \$200 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos
Atención especializada*	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total una vez que alcanzó el deducible</p>
Transporte	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$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</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 de atención de urgencia	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice, si se determina que es una emergencia</p> <p>\$2 de copago por visita si no es parte de una sala de emergencias conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0** o 20% del costo total (hasta \$60) 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.</p>
Servicios de la visión	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice</p> <p>\$2 de copago por visita conforme al pago por servicio de Medicaid</p>	<p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año</p> <p>\$0** o 20% del costo total 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</p> <p>Cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos ilimitados (lentes y marcos) por año</p>
Radiografías*	<p>\$0 de copago conforme a Elevate 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 total una vez que alcanzó el deducible</p>

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado el deducible. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado el deducible.

Aviso multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-956-2111. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-956-2111. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-956-2111。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-956-2111。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-956-2111. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-956-2111. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-956-2111 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-956-2111. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-956-2111 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-956-2111. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-956-2111. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111.

पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111.

Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-956-2111. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-956-2111. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-956-2111. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-956-2111. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Notificación de cambio a mitad de año para los planes Elevate Medicare Select (HMO) y Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

5 de junio de 2023

Estimado Miembro:

Esta es información importante sobre los cambios en la cobertura.

Este aviso es para informarle sobre los cambios en los beneficios de Elevate Medicare Advantage en 2023 que entrarán en vigencia durante el año. Los cambios se deben al retiro del mercado del sistema de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre. Por su seguridad, Libre se ha eliminado del *Formulario de medicamentos* y se ha reemplazado por Dexcom.

Cambios en los beneficios y fecha de entrada en vigencia

Beneficio	Fecha de entrada en vigencia	Cambios en los beneficios	¿Qué significa esto para usted?
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes	6/14/2023	<p>El sistema de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre se ha eliminado del <i>Formulario de medicamentos</i> y se ha reemplazado por Dexcom.</p> <p>El sistema de monitoreo continuo de glucosa Dexcom no requiere autorización. Los demás proveedores requieren autorización.</p>	El plan ya no cubrirá el sistema de monitoreo continuo de glucosa FreeStyle Libre.

No debe tomar ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para referencia futura. Si tiene alguna pregunta, 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.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, para coordinar los 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.



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™

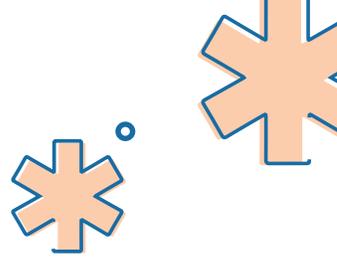
BENEFICIOS EXTRAS





**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™



¡Coma sano! Tarjeta prepaga Elevate Medicare Advantage Visa®*

Elevate Medicare Select (HMO): asignación trimestral de hasta \$75
Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): asignación trimestral de hasta \$260

Healthy Food es un beneficio importante que se incluye con el plan Elevate Medicare Advantage. Este beneficio ayuda a cubrir el costo de los comestibles en muchas tiendas de comestibles minoristas, como King Soopers. Llene la canasta con alimentos saludables como frutas, verduras, carnes, aves, pescado, huevos, queso, leche, frijoles, pan, cereales, pasta y más.



Para cumplir con los requisitos, debe tener **una o más de las siguientes afecciones:**

- » dependencia crónica al alcohol y otras drogas
- » trastorno autoinmune
- » cáncer
- » trastornos cardiovasculares
- » insuficiencia cardíaca crónica
- » diabetes
- » demencia
- » enfermedad hepática en fase terminal
- » enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)
- » trastorno hematológico grave
- » VIH/sida
- » trastorno pulmonar crónico
- » afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes
- » trastorno neurológico o accidente cerebrovascular

Para obtener más información o hacer preguntas sobre las afecciones que cumplen con los requisitos, visite [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org) o llámenos al 303-602-2111 (número gratuito 1-877-956-2111).

Si tiene una o más de las afecciones crónicas mencionadas anteriormente, ingrese a [MedicareWellnessRewards.com](https://www.MedicareWellnessRewards.com) una vez por trimestre (a partir de enero, abril, julio y octubre) para solicitar la tarjeta. El código de la campaña es 23-86741.

Una vez que presente la solicitud de la tarjeta Elevate Healthy Food, espere de 4 a 6 semanas para que se procese. Nuestros Servicios del Plan de Salud están disponibles para ayudarle a solicitar la recompensa o brindarle la información que le falte para solicitar la recompensa. Si necesita ayuda, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 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. * Este beneficio forma parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos. A la tarjeta la emite Pathward, N.A., miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. Sin acceso a efectivo ni pagos recurrentes. Puede utilizarse en determinados comerciantes que aceptan tarjetas de débito Visa. Tarjeta válida por hasta 4 meses. Los fondos no tienen vencimiento y pueden estar disponibles después de la fecha de vencimiento de la tarjeta. Pueden aplicarse tarifas. Se aplican términos y condiciones.



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc...

Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) para 2023 Beneficio de envíos por correo

Como miembro del plan de salud Elevate Medicare Advantage, puede recibir productos de salud y bienestar OTC en su hogar **¡SIN COSTO!**

Puede utilizar su beneficio para realizar un pedido:

- » vitaminas, minerales y suplementos
- » tos, resfriado y alergia
- » analgésicos y salud digestiva (parches de lidocaína, antiácidos, laxantes, ayudas estomacales)
- » primeros auxilios, cuidado personal, cuidado de la piel, salud de la mujer, apoyo articular e insumos para la incontinencia
- » monitores para el control de la diabetes y la presión arterial
- » productos para dejar de fumar
- » prevención de caídas y seguridad en el baño
- » dispositivos de fitness

Su plan Elevate Medicare Advantage incluye una asignación trimestral para productos OTC:

- » Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): asignación trimestral de \$260
- » Elevate Medicare Select (HMO): asignación trimestral de \$75

¿Está listo para realizar su pedido?

Realice el pedido de una de las siguientes maneras:

- » Llámenos: 844-330-7780 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 9 p.m., y sábados de 6 a.m. a 4:30 p.m. (hora de la montaña estándar [MST]).
- » Envíelo por correo postal: P.O. Box 1197, Cincinnati, OH 45201.

¿Necesita un catálogo?

Llame al 844-330-7780 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 9 p.m., y sábados de 6 a.m. a 4:30 p.m. (MST) para que le envíen un catálogo impreso por correo postal. También puede ver nuestro catálogo digital escaneando el código QR a la derecha.



SCAN ME

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre el beneficio de salud y bienestar de OTC, llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 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.

Consulte la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) para obtener detalles. Los beneficios de OTC pueden cambiar cada año el 1 de enero. La asignación de beneficios se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. La parte no utilizada del beneficio trimestral no se transferirá al siguiente trimestre. Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage 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.

¡Eleve su salud dental!

La salud oral y la salud general están estrechamente relacionadas. Es por eso que la atención dental periódica es tan importante. Como parte de sus beneficios de Elevate Medicare Advantage, usted tiene cobertura odontológica a través de la red Delta Dental PPO de Medicare.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): beneficio máximo anual de hasta \$3,000

Elevate Medicare Select (HMO): beneficio máximo anual de hasta \$2,000

El beneficio máximo anual es el monto que Elevate Medicare Advantage pagará por los servicios dentales cubiertos por año.

Qué está cubierto:*



Exámenes orales/limpiezas: dos por año calendario



Radiografías de boca completa: una cada 36 meses (Elevate Medicare Select) o una en 60 meses (Elevate Medicare Choice)



Tratamiento con flúor: uno por año calendario



Empastes: dos empastes en total por año calendario (Elevate Medicare Select) y un empaste por diente (sin límite) por año calendario (Elevate Medicare Choice)

Para buscar un proveedor odontológico dentro de la red cerca suyo, llame a Delta Dental al **1-800-610-0201** o visite **DeltaDentalCO.com**.

Para obtener más información o hacer preguntas sobre sus beneficios odontológicos, 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.

Usted paga 0% del costo del procedimiento, hasta el monto de beneficio máximo anual.

* Esta es solo una breve descripción de los servicios cubiertos. La *Evidencia de cobertura* brindará una explicación más completa de la cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones. Si hay diferencias entre este folleto y la *Evidencia de cobertura*, regístrala *Evidencia de cobertura*. H5608_DentalFlyer23_C



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™

¡Aproveche los beneficios oftalmológicos y auditivos!

Como miembro de Elevate Medicare Advantage, puede acceder a servicios oftalmológicos y auditivos. Puede obtener servicios oftalmológicos y auditivos con cualquier proveedor de la red. Para buscar un proveedor dentro de la red, visite: DenverHealthMedicalPlan.org/Find-Doctor.

Oftalmología



Una mala visión puede afectar su experiencia con muchas cosas, como leer, conducir o ver la televisión. ¡Por eso nos centramos en ayudarlo! Sus beneficios incluyen exámenes oftalmológicos de rutina y una asignación anual para accesorios para la visión o lentes de contacto.

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): hasta \$250 para gafas/lentes de contacto por año

Elevate Medicare Select (HMO): hasta \$200 para gafas/lentes de contacto por año

Nuestra red incluye especialistas en atención oftalmológica de Colorado.

Para programar una cita, llame al **303-802-4650**.

Audición



Su audición es muy importante para su calidad de vida. Queremos que tenga los recursos que necesita para cuidar su audición.

Los beneficios incluyen los siguientes:

- » asignación de hasta \$1,500 para audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años
- » adaptación/evaluación ilimitada para los audífonos complementarios
- » \$0 de copago por un examen de audición de rutina cada tres años
- » \$0 de copago para la adaptación/evaluación de los audífonos

Para obtener ayuda o más información, o hacer preguntas sobre sus beneficios, 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.

Esta es solo una breve descripción de los servicios cubiertos. La *Evidencia de cobertura* brindará una explicación más completa de la cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones.

H5608_VisionHearing23_C

¡TRASLADOS GRATUITOS A CITAS MÉDICAS!

El transporte médico en casos que no son de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio cubierto para los miembros de Elevate Medicare Advantage. Usted cuenta con traslados de ida y vuelta **ilimitados** que pueden ser utilizados para visitar cualquier ubicación relacionada con la salud y aprobada por el plan.

CÓMO FUNCIONA:

1. Llame a Access2Care al menos 48 horas antes de su cita.
2. Tenga la siguiente información a mano:
 - Nombre y domicilio
 - Id. del plan de salud
 - Fecha de nacimiento
 - Número de teléfono
 - Fecha y hora de la cita
 - Domicilio y nombre del proveedor
 - Domicilio donde deben recogerlo
 - Número de teléfono celular (si corresponde)
 - Equipo médico (recordar informar a Access2Care si se utiliza algún equipo médico, como una silla de ruedas, un andador, etc.)
3. Recibirá una llamada del conductor dentro de las 24 horas antes de la cita para confirmar la hora exacta en que debe recogerlo.
 - Esté listo al menos 60 minutos antes de la hora que deben recogerlo para asegurarnos de que llegue a tiempo.
 - Para cancelar un traslado o cambiar la información de este, llame a Access2Care.



¡Llame para programar su traslado hoy! 1-877-692-5315
De 6 a.m. a 9 p.m., los 7 días de la semana

Nota: Si se trata de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

¡Elevate su salud con una membresía para fitness de Denver Parks & Recreation!

Tener acceso a un gimnasio le da acceso a muchos equipos de alta calidad y puede mantenerlo motivado para mantenerse al día con sus objetivos de fitness. Elevate Medicare Advantage ofrece una membresía anual para Denver Parks and Recreation sin costo para usted.

Cómo comenzar

Lleve su tarjeta de id. de miembro de Elevate Medicare Advantage y una identificación con foto al centro local de Denver Parks and Recreation.

Para obtener una lista de las 30 ubicaciones o más información, visite:

[DenverGov.org/Recreation](https://denvergov.org/recreation)

Si tiene alguna pregunta, llame a 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.





**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc...



Realice la visita de bienestar anual. Obtenga una recompensa de \$30.

¡RECIBIR MEDICARE WELLNESS REWARDS PREPAID MASTERCARD®* ES ASÍ DE FÁCIL!

Una visita de bienestar anual es un control o atención de rutina. Es una de las formas más importantes de cuidar su salud. Es una oportunidad de obtener información sobre su salud actual, abordar las inquietudes y saber qué medidas preventivas puede tomar para garantizar el bienestar a largo plazo.

Y ahora hay una razón aún más importante para hacerse un control: ¡una recompensa de Medicare de **\$30!** Esta tarjeta puede utilizarse en las tiendas de medicamentos, las farmacias, los clubes de mayoristas, las tiendas de descuento y las tiendas de comestibles participantes. Para obtener más información, visite MyPrepaidCenter.com/page/WellnessRewards. Solo tiene que realizar la visita con un proveedor de la red antes del 31 de diciembre de 2023 y luego visitar medicarewellnessrewards.com para solicitar la recompensa. Cuando solicite la recompensa, asegúrese de tener a mano la siguiente información:

- » el código de la campaña: **22-81982**
- » la fecha en que realizó la visita de bienestar anual
- » la identificación de miembro de Denver Health Medical Plan (que se encuentra en su tarjeta de identificación)

Una vez que solicite la tarjeta Medicare Wellness Reward, espere de cuatro a seis semanas para procesar la solicitud. Nuestros Servicios del Plan de Salud están disponibles para ayudarle a solicitar la recompensa o para brindarle la información que le falte para solicitar la recompensa. ¡Queremos hacerlo lo más fácil posible! Si necesita ayuda, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 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.

¿Necesita transporte? Como parte de sus beneficios, Access2Care le ofrece traslados de ida y vuelta **sin costo alguno**. Para programar un traslado, llame al 1-877-692-5315 entre las 6 a.m. y las 9 p.m., cualquier día de la semana. Si necesita ayuda para programar un traslado o hacer una cita, o si tiene alguna otra pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 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.

Límite de 2 recompensas por familia. Se ofrece una recompensa por las visitas de bienestar anuales realizadas entre el 01/01/2023 y el 12/31/2023. La solicitud de recompensa debe presentarse antes del 01/30/2024. Se emite una recompensa por evaluación, por año calendario. * La recompensa se provee a través de Prepaid Mastercard. La tarjeta es emitida por Pathward, N.A., miembro de la Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC), de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas registradas de Mastercard International Incorporated. Sin acceso a efectivo ni pagos recurrentes. Puede utilizarse en comercios seleccionados que aceptan la tarjeta de débito Mastercard. Vea el sitio web a continuación. Tarjeta válida por hasta 12 meses. Los fondos no tienen vencimiento y pueden estar disponibles después de la fecha de vencimiento de la tarjeta. Pueden aplicarse tarifas. Se aplican los términos y las condiciones de la tarjeta. Visite MyPrepaidCenter.com/page/WellnessRewards.



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™



Project Angel Heart ayudará apoya tu recuperación

Comidas entregadas a domicilio después del alta para cada hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada

Cómo funciona

La inscripción en **Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)** lo califica para 21 comidas nutritivas después del alta de cada hospitalización o admisión en un centro de enfermería especializada, sin costo alguno para usted.

Todas las comidas se entregan en su hogar y juegan un papel en su recuperación. Cada comida se prepara pensando en su salud y, cuando se combina con el tratamiento recetado, puede mejorar su salud y reducir el riesgo de complicaciones.

Project Angel Heart ofrece comidas de alta calidad que son preparadas por cocineros profesionales y están diseñadas para satisfacer sus necesidades médicas y nutricionales específicas. Los platos principales se entregan congelados y son fáciles de recalentar en el microondas o el horno.

Project Angel Heart entregará las comidas dentro de las 24 a 72 horas posteriores a la remisión. La fecha y hora de sus entregas se basará en su ubicación. Project Angel Heart es una organización sin fines de lucro que se asocia con proveedores de atención médica, como su plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), para ayudar a los miembros con su recuperación.

Para obtener más información sobre este beneficio y coordinar la entrega de comidas, comuníquese con nuestro Departamento de administración de atención al 303-602-2184. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



Lista de verificación para la inscripción previa

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con nuestro agente de ventas al 303-602-2451.

Comprensión de los beneficios

- La *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite denverhealthmedicalplan.org o llame al 303-602-2451 para ver una copia de la EOC.
- Consulte el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Consulte el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Consulte el *Formulario de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- Solo para Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP):** Este plan es un plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid. Para acceder a este plan, debe ser elegible para recibir los beneficios completos de Medicare y como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), o de Medicaid.

Efecto sobre la cobertura actual

- Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su cobertura actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene una póliza Medigap o se está inscribiendo en un plan Medicare Advantage, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará la cobertura que no puede usar.

Formulario de confirmación del alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les exigen a los agentes que documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas en persona para garantizar la comprensión de lo que analizarán el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y deberá ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Marque el tipo de producto/s que desea analizar con el agente.

_____ Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un Plan Medicare Advantage que provee toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solo puede recibir atención de los médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

_____ Plan para necesidades especiales de Medicare (Medicare Special Needs Plan, SNP): plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de los grupos específicos a los que se prestan servicios incluyen personas con Medicare y Medicaid, personas que residen en un hogar para personas mayores o personas con ciertas afecciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con el agente de ventas para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por el plan de Medicare. Ellos no trabajan de forma directa para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir su paga en función de que usted se inscriba en un plan.

La firma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan ni implica quedar inscripto en un plan de Medicare, así como tampoco afecta su inscripción actual.

Firma y fecha de la firma del beneficiario o representante autorizado

Firma _____ Fecha _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y escribir en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante _____

Su relación con el beneficiario _____

PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE **Todos los campos son obligatorios.**	
Nombre del agente:	Número de teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Domicilio del beneficiario:	
Método inicial de contacto: (es decir, teléfono, cita, etc.)	Tipo de producto discutido:
Firma del agente:	Fecha de la cita:

*** La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).**

Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, detalle el motivo por el cual el alcance de la cita (Scope of the Appointment, SOA) no se documentó antes de la reunión.

Se requiere un nuevo SOA si, durante la cita, el beneficiario solicita información sobre un tipo de plan diferente al acordado previamente.

Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en 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 su Medicaid.

ATENCIÓN: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 303-602-2111 or 1-877-956-2111 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para obtener más información llame al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Formulario de solicitud de inscripción individual



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

OMB nro. 09381378 Vence: 7/31/2024

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los EE. UU.
- vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- en determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- su número de Medicare (el número que aparece en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- su domicilio y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué pasa después?

Envíe el formulario completo y firmado a:
Elevate Medicare Advantage
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Elevate Medicare Advantage al 303 602-2451. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Elevate Medicare Advantage al 303 602-2451/TTY 711 1-800-633-4227 y oprima 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que no tienen hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, un domicilio de un refugio o una clínica, o el domicilio donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su domicilio de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta información es 0938-1378. El tiempo estimado necesario para completar esta recolección de información es, en promedio, 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, hacer búsquedas en recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE** No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Todo elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

Formulario de solicitud de inscripción individual

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage si necesita información en otro idioma o formato (braille). Para inscribirse en Elevate Medicare Advantage, proporcione la siguiente información:

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).			
Seleccione el plan en el que desea inscribirse: <input type="checkbox"/> Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): \$41.60 por mes <input type="checkbox"/> Elevate Medicare Select (HMO): \$0 por mes			
Apellido: _____ Nombre: _____ (Opcional) Inicial del segundo nombre: _____			
			Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/>
Srta. <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (_____)	Sexo:	Número de teléfono particular:	Teléfono alternativo:
Domicilio de residencia permanente (No se permiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Domicilio postal (solo si es distinto del domicilio de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia:		Relación con usted:	
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:	
Proporcione la información de su seguro de Medicare:			
Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.		Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____	
<ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. 		Número de Medicare: _____	
O BIEN		Tiene derecho a: _____	
<ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) a su tarjeta de Medicare. 		Fecha de entrada en vigencia: SEGURO HOSPITALARIO (Parte A) _____ SEGURO MÉDICO (Parte B) _____	
		Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Su origen es hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español. | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guamani o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Originario de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | | |

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

- Español
- Braille, CD o letras grandes

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 3: pago de su prima

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo, tarjeta de crédito o débito todos los meses. También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si se le aplicó un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) para la Parte D, la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o RRB le facturarán directamente. NO le pague a Elevate Medicare Advantage el monto IRMAA de la Parte D.

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir Extra Help (Ayuda adicional) para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplan con los requisitos no estarán sujetos a una brecha de cobertura ni a una penalización por inscripción tardía.

Muchas personas son elegibles para recibir este beneficio de ahorro y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de Extra Help (Ayuda adicional), comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Extra Help (Ayuda adicional) en Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted cumple con los requisitos para recibir Extra Help (Ayuda adicional) para los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare

paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra. Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses con nuestra opción de facturación mensual.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Reciba una factura mensual que usted enviará junto con un cheque o un giro postal a nombre de Denver Health Medical Plan, Inc. por su prima mensual. Tenga en cuenta lo siguiente: no podemos aceptar pagos en efectivo. Los pagos de la prima vencen el último día de cada mes y deben enviarse al siguiente domicilio:
Elevate Medicare Advantage
PO BOX 5363
Denver, CO 80217-9909
- Puede hacer que la prima del plan se cargue mensualmente a una tarjeta de crédito o débito. Comuníquese con Servicios al Miembro llamando al 303-602-2111 para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma. 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.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB)
Recibo beneficios mensuales de:
Seguro Social
RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales).

Sección 4: lea y responda estas preguntas importantes:

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Elevate Medicare Advantage?

Sí No

Si la respuesta es "sí", escriba las demás coberturas y su/s número/s de id. de esta/s cobertura/s:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de id. de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

¿Reside usted en un centro de atención a largo plazo, como un hogar para personas mayores?

Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____ Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid:

¿Usted o su cónyuge trabajan? Inscrito: Sí No

Cónyuge: Sí No

¿Es usted elegible para los beneficios de Medicare y Medicaid? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____ o adjunte una copia de su tarjeta o carta de Medicaid.

Lea esta información importante.

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Elevate Medicare Advantage podría afectar los beneficios médicos que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud del empleador o del sindicato si se inscribe en Elevate Medicare Advantage. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre con quién debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde consultas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Lea y firme a continuación.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Elevate Medicare Advantage es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener ambos el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Elevate Medicare Advantage. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare.

Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará mi inscripción de manera automática en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).

Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Elevate Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.

Entiendo que cuando comience la cobertura de Elevate Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Elevate Medicare Advantage. Los beneficios y servicios ofrecidos por Elevate Medicare Advantage e incluidos en el documento "*Evidencia de cobertura*" de Elevate Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Elevate Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.

Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pudiera tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de Medicare de medicamentos con receta o una cobertura acreditable para medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si me inscribo para recibir cobertura de Medicare para

medicamentos con receta en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año cuando haya un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Elevate Medicare Advantage presta servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en donde Elevate Medicare Advantage presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Elevate Medicare Advantage, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento *Evidencia de cobertura* de Elevate Medicare Advantage cuando lo obtenga para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare no están cubiertas generalmente por Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Denver Health Medical Plan, Inc., es posible que a él o ella se le pague según mi inscripción en Elevate Medicare Advantage.

Divulgación de información:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Elevate Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También acepto que Elevate Medicare Advantage divulgará mi información, incluso mis datos sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien a su vez puede divulgarlos para investigación y otros fines que cumplan con todas las leyes y los reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
- 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los de planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y el título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN), "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el inscrito: _____

Home Office Use

Agent Name: _____

Agent Signature: _____

Today's Date: _____

Agent NPN: _____

Elevate Medicare Advantage Revisión de la *Lista de medicamentos con receta*

Lista de verificación para la revisión final de las medicaciones:

- Inscrito evaluado para el subsidio por bajos ingresos (si corresponde)
- Nivel actual de subsidio por bajos ingresos revisado con el inscrito (si corresponde)
- Estado de las medicaciones del inscrito según el *Formulario de medicamentos* revisado (presentar autorización previa, si corresponde)
- Restricciones de las medicaciones del *Formulario de medicamentos* revisadas (si corresponde)
- Costo de las medicaciones revisado (de marca/genéricas/días de suministro)
- Remitido al Departamento de Farmacia (Pharmacy Dept.) de Elevate Medicare Advantage para evaluación adicional

Firma del miembro _____

Fecha: _____

Firma del agente: _____

Fecha: _____

Enlaces al *Formulario de medicamentos*:

Medicare Choice:

[DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-Choice-Comprehensive-Formulary](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-choice-comprehensive-formulary)

Medicare Select:

[DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-Select-Comprehensive-Formulary](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-select-comprehensive-formulary)

PRÓXIMOS PASOS

1 Programe una cita para determinar la atención si es nuevo en el plan.

Si no es un miembro nuevo, asegúrese de programar su control anual o visita de atención de rutina con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Manténgase actualizado sobre la atención preventiva:

- » control de bienestar anual
- » vacunas
- » evaluaciones de detección preventivas

CONSEJOS DE EXPERTOS:

- » El control anual o la visita de atención de rutina con su PCP es un buen momento para hablar también sobre problemas crónicos como la presión arterial alta, la diabetes, etc.
- » ¡Aproveche nuestro programa de recompensas por realizar su visita! Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111.
- » Si necesita ayuda para acudir a su cita, llame para programar un traslado de ida y vuelta gratuito como parte de sus beneficios.

2 Prepare sus medicaciones.

Como miembro de Elevate Medicare Advantage, tiene múltiples formas de surtir las medicaciones.

- » Farmacia por Correo
- » entrega a domicilio
- » suministro para 100 días
- » suministros para vacaciones

CONSEJO DE EXPERTOS:

Pídale a su PCP un suministro para 100 días; el costo podría ser menor que obtener un suministro para 30 días todos los meses.

3 Programe una cita para consultar al dentista.

Es importante utilizar sus beneficios dentales porque su salud bucal está relacionada con su salud general. Su dentista puede detectar los primeros signos de enfermedad cardíaca, diabetes y otras enfermedades. Hacer de la atención dental preventiva una prioridad visitando al dentista dos veces al año puede ayudarlo a evitar procedimientos dentales dolorosos y costosos en el futuro. Para obtener ayuda para buscar un dentista dentro de la red, llame al **1-800-610-0201** o visite **DeltaDentalCO.com** para buscar un dentista cerca de usted.

CONSEJO DE EXPERTOS:

Su beneficio dental le permite consultar a cualquier proveedor de Delta Dental PPO; Delta Dental cuenta con muchos dentistas/consultorios dentales en su área. Puede consultar a cualquier dentista dentro de la red en cualquier momento.

4 Programe una cita para hacerse un examen ocular.

Como parte de los beneficios de Elevate Medicare Advantage, el beneficio del plan 2023 cubre un examen ocular de rutina anual e incluye una asignación para accesorios para la visión.

CONSEJOS DE EXPERTOS:

- » Para consultar a un proveedor de la red "EyeCare Specialties of Colorado", llame al 303-802-4650.
- » Si es diabético, un examen ocular para diabéticos es una parte importante de la atención preventiva.
El examen puede:
 - detectar daños en los ojos antes de que se presenten síntomas como dolor o visión borrosa
 - identificar las enfermedades oculares de manera temprana para que pueda comenzar un tratamiento eficaz
 - identificar los cambios físicos que deben abordarse

5 Programe un traslado para sus visitas médicas.

Si necesita ayuda para ir a una cita médica o a la farmacia, puede obtener traslados de ida y vuelta gratuitos ilimitados a través de sus beneficios de Elevate Medicare Advantage. Llame a **Access2Care** al **1-877-692-5315**, de 6 a.m. a 9 p.m., los siete días de la semana, para programar un traslado hoy mismo.

CONSEJO DE EXPERTOS:

Llame al menos 48 horas antes de la cita.

6 Inicie sesión en el portal para miembros.

Regístrese en nuestro portal para miembros, su recurso de referencia para administrar su plan de seguro de salud en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede acceder a información importante y materiales para miembros (incluidas las tarjetas de id.), comunicarse con su plan de salud, verificar el estado de un reclamo y más, todo desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. ¡Escanee el código QR a continuación para comenzar!

INSCRÍBASE HOY MISMO:

Visite DenverHealthMedicalPlan.org y haga clic en "MyDHMP Portal" (Portal MyDHMP) o descargue la aplicación móvil "MyDHMP" para dispositivos iPhone y Android.



7 Inicie sesión en el portal para pacientes del proveedor.

La red de proveedores tiene un portal (como MyChart) que le permite conectarse con ellos. El portal le da la opción de renovar una receta, programar una cita, ver los resultados de laboratorio y más.

CONSEJO DE EXPERTOS:

Descargue la aplicación en su teléfono inteligente o tableta.



INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2023 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Elevate Medicare Advantage - H5608

En el 2023, Elevate Medicare Advantage - H5608 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña a 877-956-2111 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto). Miembros actuales favor de llamar 877-956-2111 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

Aviso de no discriminación

Denver Health Medical Plan, Inc., en adelante denominada la "Compañía", cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud ni necesidad de servicios de atención médica. La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Compañía sin costo al 1-800-700-8140. Para TTY, llame al 711.

Si considera que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de una u otra forma, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department) de la Compañía, en 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, teléfono 303-602-2261. Puede presentar una queja por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, un especialista en apelaciones y quejas está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
TDD: 800-537-7697

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY/TDD: 711).



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE
Denver Health Medical Plan Inc.™



NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Servicios del Plan de Salud: 303-602-2111 (TTY 711)

Servicios de farmacia: 303-602-2070

Access2Care (transporte): 1-877-692-5315

EyeCare Specialists of Colorado (oftalmología): 303-802-4650

Centro de Citas de Denver Health: 303-436-4949

Delta Dental: 1-800-610-0201

Envíos por correo de artículos de venta libre
(Over-the-Counter, OTC): 1-844-330-7780

DispatchHealth (atención de urgencia domiciliaria): 303-500-1518

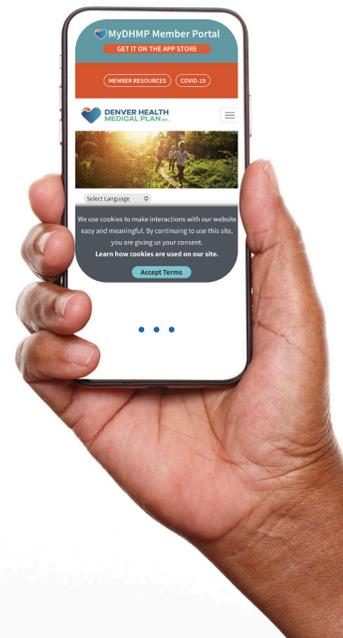
NurseLine (Línea de Enfermería) las 24 horas del día,
los 7 días de la semana: 303-739-1261

Departamento de Servicios Humanos: 720-944-3666

Seguro Social: 1-800-772-1213

Medicare: 1-800-633-4227

Health First Colorado (Medicaid): 1-800-221-3943



*Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare.
La inscripción en Elevate Medicare Advantage 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.*

*Elevate Medicare Advantage ha sido aprobado por el Comité Nacional de Aseguramiento
de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar como
plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) hasta 2023,
sobre la base de una revisión del modelo de atención.*