



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

ELEVATE MEDICARE SELECT (HMO) AÑO DEL PLAN 2024

Condados de Adams, Arapahoe, Denver y Jefferson

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



QUÉ CONTIENE

- » Comprender las opciones de Medicare
- » Programas 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: _____

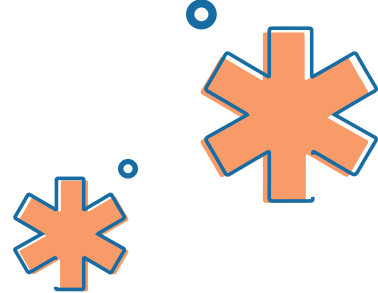
Correo electrónico del agente: _____

¡HABLEMOS!

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



Comprender las 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 a domicilio. 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 cumple con los requisitos para hacerlo. Para esto, puede llamar a los siguientes números:

- » **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 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).





ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

CÓMO FUNCIONA SU PLAN



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

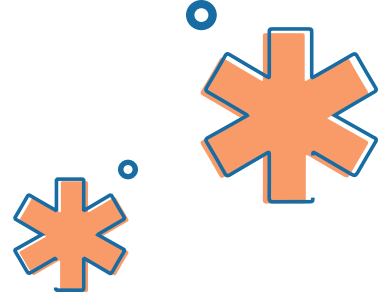


Acceso a cualquier centro de atención de urgencia o departamento de emergencias en EE. UU.

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.



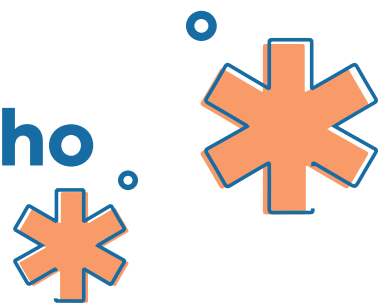
Traslados gratuitos a citas médicas



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 hábiles 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.

Saque 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 (Primary Care Provider, 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

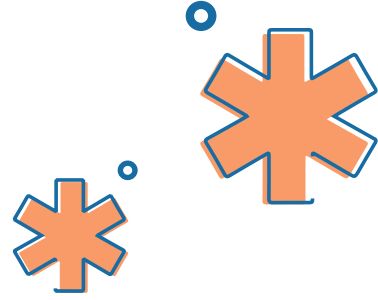
HORARIO DE ATENCIÓN:
De 8 a.m. a 8 p.m.
Los siete días de la semana



¿TIENE PREGUNTAS SOBRE SU PLAN?

303-602-2111

Es fácil obtener sus medicaciones.



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 recibirlos 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 sobre 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.

HORARIO DE ATENCIÓN:

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



¿TIENE PREGUNTAS? LLÁMENOS AL:

303-602-2111



ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

BENEFICIOS EXTRAS





Tarjeta Flex: Comida saludable* y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)



**Una tarjeta, dos beneficios:
¡cargados automáticamente en una tarjeta reutilizable!**

Recibirá fondos en una tarjeta recargable a principios de enero, abril, julio y octubre, o al inscribirse. Estos fondos se pueden utilizar para pagar alimentos saludables y artículos OTC elegibles en las tiendas participantes (clubes de mayoristas, tiendas de descuento, tiendas de comestibles y supermercados, farmacias y droguerías). Los fondos caducan al final del trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción.

Asignación para OTC (Todos los miembros cumplen con los requisitos).

Elevate Medicare Select (HMO): hasta \$75 cada trimestre

Asignación para alimentos saludables* (Consulte las reglas de calificación a continuación):

Elevate Medicare Select (HMO): hasta \$75 cada trimestre



Reglas calificadoras de la asignación para alimentos saludables

Si tiene una o más de las siguientes enfermedades crónicas y tiene un reclamo pagado de Denver Health Medical Plan (DHMP) con un código de diagnóstico elegible que está relacionado con una de las siguientes afecciones, usted es elegible para este beneficio:

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

* La asignación para alimentos saludables forma parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos. Para obtener más información o realizar preguntas sobre las afecciones calificadoras, o si tiene una de las afecciones crónicas mencionadas anteriormente y es nuevo en DHMP, visite [DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-Flex-Card](https://denverhealthmedicalplan.org/Medicare-Flex-Card) o llámenos al **303-602-2111** (TTY 711).



¡Eleva 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 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



Tratamiento con flúor: uno por año calendario



Empastes: dos empastes en total por año calendario

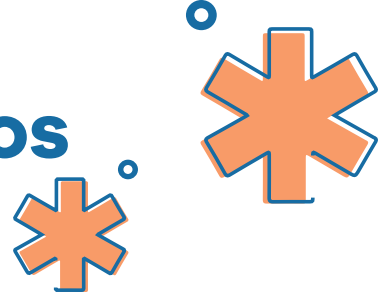
Para buscar un proveedor odontológico dentro de la red cerca suyo, llame a Delta Dental al **1-800-610-0201** o visite **DeltaDentalCO.com**.

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 del 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.

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](https://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.

Hasta \$380 para gafas/lentes de contacto por año

Nuestra red incluye EyeCare Specialties of 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.



¡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. Póngase en contacto con Access2Care al menos 48 horas hábiles antes de la cita.
2. Tenga la siguiente información a mano:
 - ☐ Nombre y domicilio
 - ☐ Id. de miembro
 - ☐ 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 tiene)
 - ☐ Equipo médico (p. ej., silla de ruedas, 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 cita para garantizar que llegue a tiempo.
 - Para cancelar un traslado o cambiar la información de este, llame a Access2Care o use la aplicación.



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

NUEVO: Descargue la aplicación móvil de Access2Care.



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

Denver Parks & Recreation

Membresía para fitness



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.

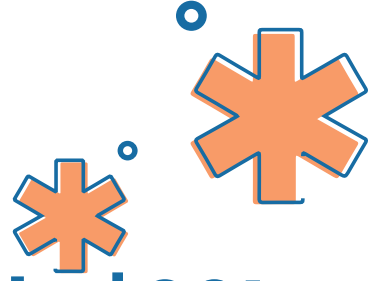
Para obtener una lista de las 30 ubicaciones o más información, visite:

[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.



Realice la visita de bienestar anual ¡y 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 droguerías, 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 2024 y luego visitar medicarewellnessrewards.com para solicitar la recompensa. Cuando solicite la recompensa, asegúrese de tener a mano la siguiente información:

- » código de la campaña: **23-14561**
- » 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 id.)

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., los siete días a 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 01/01/2024 y el 12/31/2024. La solicitud de recompensa debe presentarse antes del 01/31/2025. 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.™

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](https://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, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de 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.

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 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).

Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿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 figura 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 completado 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 completado 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 bien, 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 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 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 postal (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.

**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:

☐ Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): \$0 por mes ☐ Elevate Medicare Select (HMO): \$0 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ [Opcional: inicial del segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
(/ /)

Sexo:
☐ Masculino
☐ Femenino

Número de teléfono:
()

Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal):

Ciudad: _____ [Opcional: condado]: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Domicilio postal, si es diferente al domicilio permanente (apartado postal permitido):

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información sobre Medicare:

Número de Medicare: - - - - - - - - - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veterano [VA], TRICARE) además de Elevate Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid o en el Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener ambos el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Elevate Medicare Advantage.
- 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 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 privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] MA y los planes de cuentas de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] MA).
- Comprendo 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.
- 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 comprendo 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:

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Domicilio:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

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.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español.
☐ chicano. Sí, puertorriqueño.
☐ Sí, otro origen hispano, latino o español.
☐ **Elijo no responder.**

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
Asiático:
☐ Indio asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro asiático | ☐ De color o afroestadounidense
Nativo de Hawái y originario de una isla del Pacífico:
☐ Guamanio o chamorro
☐ Nativo de Hawái
☐ Samoano
☐ Originario de otra isla del Pacífico
☐ Blanco
☐ Elijo no responder. |
|---|---|

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- ☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de audio

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2111 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 pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir materiales sobre el plan por correo electrónico. Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas del plan	
------------------------------------	--

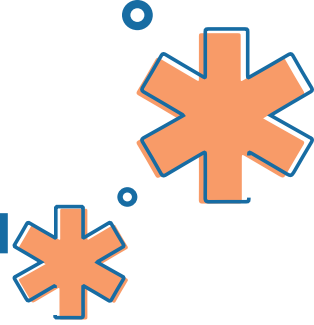
Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario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

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO le pague a Elevate Medicare Advantage el monto IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN 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.

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: _____

Enlace al *Formulario de medicamentos*:

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

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

[illegible]

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 la red PPO Medicare Advantage de Delta Dental; 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 hábiles 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.

8 Tarjeta de id. de miembro y guía de referencia rápida.

Asegúrese de revisar su correo y esté atento a la nueva tarjeta de id. de miembro y la guía de referencia rápida.

CONSEJO DE EXPERTOS:

La guía de referencia rápida destaca los beneficios importantes del plan. Guárdela en un lugar seguro para que pueda consultarla durante todo el año.

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..

Resumen de beneficios para 2024

**Elevate Medicare Select
(HMO)**

H5608-002

Desde el 1 de enero de 2024 hasta el
31 de diciembre de 2024

¿Necesita ayuda?

Puede tener preguntas al leer
este documento, y eso está bien.
Estamos aquí para ayudarlo.

**Llame al
1-877-956-2111
(TTY 711)**

de 8 a.m. a 8 p.m.,
los siete días de la semana.

Si necesita una lista completa de
lo que cubrimos o cualquier
limitación, visite
[DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org)
para obtener una copia de la
Evidencia de cobertura
(Evidence of Coverage, EOC) o
puede llamarnos para solicitar
una copia.



Para inscribirse en nuestro plan, usted debe:

- ★ ser elegible para las Partes A y B de Medicare
- ★ vivir en los condados de Adams, Arapahoe, Denver o Jefferson

Plan médico: qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Prima mensual del plan Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si la tiene.	\$0
Deducible	\$0
Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$4,900
Cobertura de los servicios de hospitalización† Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado por 60 días consecutivos.	• Días 1 al 5: \$250 por día • Días 6 al 90: \$0 por día • Días 91 al 150: \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos †Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*	\$0 para colonoscopia/endoscopia de diagnóstico \$275 para otros servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare \$205 para otros servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare
Centro quirúrgico ambulatorio*	\$0 para colonoscopia/endoscopia de diagnóstico \$200 para otros servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Visitas al consultorio médico	Visita de atención primaria: \$0 Visita al especialista*: \$15 por visita al especialista médico; \$35 para procedimientos quirúrgicos menores en el consultorio de un especialista.
Atención preventiva	\$0
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.	\$110
Servicios de atención de urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita de atención de urgencia.	\$40
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes* • pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare • radiografías • laboratorios cubiertos por Medicare	\$0 para procedimientos de diagnóstico, pruebas y laboratorio cubiertos \$35 para radiografías <u>Radiología de diagnóstico</u> \$35 si se realiza en un consultorio \$160 si se realiza en un centro ambulatorio <u>Radiología terapéutica</u> \$35 si se realiza en un consultorio \$60 si se realiza en un centro ambulatorio
Servicios de audición • examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • un examen de audición de rutina cada tres años • adaptación de audífonos o examen de evaluación • audífonos	\$0 Cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) Medicare cubre algunos servicios dentales que están estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.	\$15 por cada servicio dental médicamente necesario cubierto por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Beneficios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP) Cobertura dental preventiva e integral • limpiezas (hasta 2 por año calendario) • exámenes orales (hasta 2 por año calendario) • radiografía de mordida (1 juego por año calendario) • tratamiento con flúor (1 tratamiento por año) • empastes (2 servicios por año calendario)	Usted paga \$0 hasta el beneficio máximo anual de \$2,000 para servicios preventivos y dentales por año.
Servicios de la visión • visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares • examen ocular de rutina complementario cada año • prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo • lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)	\$0 Hasta \$380 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico† Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 190 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.	• Días 1 al 5: \$250 por día • Días 6 al 90: \$0 por día • Días 91 al 150: \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios* Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$20
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.	• Días 1 al 20: \$0 por día • Días 21 al 44: \$188 por día • Días 45 al 100: \$0 por día • Días 101 y posteriores: Todos los costos
Rehabilitación ambulatoria* • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • terapia ocupacional† • terapia física† • terapia del habla†	\$20 por cada visita cardíaca \$15 por cada visita pulmonar \$35 por cada visita de terapia ocupacional \$25 por cada visita de terapia física y del habla †Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia, ocupacional, física y del habla.

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Ambulancia	\$250 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 de ambulancia aérea que no son de emergencia.
Transporte Traslados de ida y vuelta ilimitados para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan a través de Access2Care	\$0
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	0-20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B 0-20% del costo total, máximo de \$35 para medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare †Se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B que no están en el <i>Formulario de medicamentos</i> .

Cobertura de medicamentos con receta

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

Etapas de cobertura inicial

- Usted paga el siguiente costo compartido, como se incluye en las tablas a continuación, hasta que los costos anuales de medicamentos alcancen \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan.

Costo compartido estándar en farmacias minoristas

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$9	\$18	\$18
Nivel 3 Medicamentos de marca preferida	\$35 para medicamentos con insulina y \$47 para todos los demás medicamentos de este nivel	\$70 para medicamentos con insulina y \$94 para todos los demás medicamentos de este nivel	\$105 para medicamentos con insulina y \$141 para todos los demás medicamentos de este nivel
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferida	\$35 para medicamentos con insulina y \$95 para todos los demás medicamentos de este nivel	\$70 para medicamentos con insulina y \$190 para todos los demás medicamentos de este nivel	\$105 para medicamentos con insulina y \$285 para todos los demás medicamentos de este nivel
Nivel 5 Medicamentos especializados	Hasta \$35 para medicamentos con insulina y 33% del costo total para todos los demás medicamentos de este nivel	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamentos selectos	\$0	\$0	\$0

Costo compartido estándar en farmacias con envíos por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Sin cobertura	\$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Sin cobertura	\$0
Nivel 3 Medicamentos de marca preferida	Sin cobertura	\$105 para medicamentos con insulina y \$141 para todos los demás medicamentos de este nivel
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferida	Sin cobertura	\$105 para medicamentos con insulina y \$285 para todos los demás medicamentos de este nivel
Nivel 5 Medicamentos especializados	Hasta \$35 para medicamentos con insulina y 33% del costo total para todos los demás medicamentos de este nivel	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamentos selectos	Sin cobertura	\$0

Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

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

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 \$5,030.

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 \$8,000, que es el fin de la brecha de cobertura.

Durante esta etapa, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto.

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que los costos de desembolso directo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista, envíos por correo y entregas a domicilio) alcanzan los \$8,000, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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 Elevate Medicare Select (HMO), puede obtener sus medicamentos de las siguientes maneras:

- **farmacia minorista**
- **farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**
- **envíos por correo**

Los costos pueden diferir según el tipo o la condición de la farmacia (por ejemplo, envío por correo, LTC, infusión intravenosa domiciliaria y suministro para días). Puede obtener un suministro para 30, 60, 90 o 100 días para la mayoría de las medicaciones. Consulte el *Formulario de medicamentos* en DenverHealthMedicalPlan.org. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene preguntas sobre cómo obtener sus medicamentos con receta.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Monitor de presión arterial Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un monitor de presión arterial cubierto hasta \$135 de por vida para los miembros participantes del Programa de Control de la Presión Arterial.
Atención quiropráctica Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.	\$20
Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation Ofrecemos una membresía anual a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, tome su tarjeta de id. de Elevate Medicare Select (HMO) y una identificación con foto válida para el centro de recreación de su elección. Nota: Esta membresía no incluye el costo de participar en las clases. Es posible que tenga que pagar una pequeña tarifa para inscribirse en las clases de entrenamiento físico.	\$0
Servicios e insumos para la diabetes† • zapatos y plantillas terapéuticos • insumos para el control de la diabetes • capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 † Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y el sistema de monitoreo continuo de glucosa de Dexcom no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Tarjeta Flex: Alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Le proporcionaremos fondos trimestrales que puede usar para ayudar a pagar alimentos saludables cubiertos y artículos OTC en una tarjeta recargable. La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para enfermos crónicos y no todos los miembros cumplen con los requisitos. Todos los miembros cumplen con los requisitos para recibir el beneficio de artículos OTC de salud y bienestar. Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción. Asignación para alimentos saludables • Un miembro identificado como paciente con una o más enfermedades crónicas (enumeradas en la sección 2.1 del capítulo 4 de la EOC) recibirá fondos trimestrales cargados en su Tarjeta Flex para la compra de alimentos saludables elegibles. • Su asignación está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). • Los fondos deben utilizarse en comercios minoristas participantes solo para artículos elegibles. • \$75 por trimestre para alimentos saludables. Asignación para artículos de venta libre • Recibirá fondos trimestrales cargados en su Tarjeta Flex para la compra de productos OTC de salud y bienestar. • Su asignación está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). • \$75 por trimestre para artículos de venta libre (OTC). Para obtener más información sobre los artículos o las ubicaciones elegibles, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.	Cubiertos hasta \$600 por año: • \$75 por trimestre para alimentos saludables (para miembros elegibles) • \$75 por trimestre para artículos de venta libre (OTC). El beneficio de alimentos saludables es un beneficio especial para los enfermos crónicos y no todos los miembros cumplen con los requisitos.

Llámenos para obtener asistencia.

Llame 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.

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.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letras grandes o audio.

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.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول : Árabe
1- 877-956-2111 على انب ل لصت ال اى وس ك ي ل ع س ي ل ، ي ر و ف م ج ر ت م على
ة ي ن ا ج م بمساعدتك. هذه خدمة . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 877-956-2111

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ございます。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。

Formulario CMS-10802
(Vence el 12/31/25)

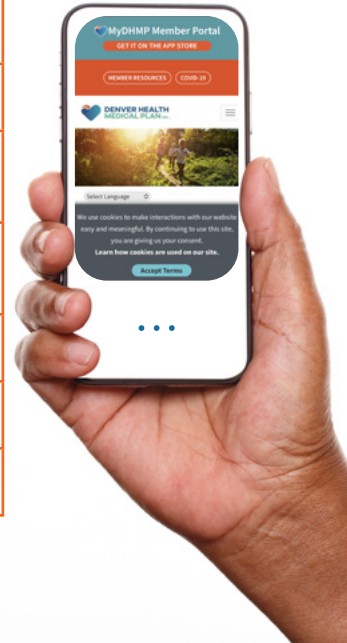


ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Servicios del Plan de Salud (TTY 711)	303-602-2111
Servicios de farmacias	303-602-2070
Access2Care (transporte):	1-877-692-5315
EyeCare Specialties of Colorado (oftalmología)	303-802-4650
Centro de Citas de Denver Health	303-436-4949
Delta Dental de Colorado	1-800-610-0201
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



*Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare.
La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.*