



**DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN** INC.

CHP+

MEMBER HANDBOOK
MANUAL PARA MIEMBROS



CHP+

Child Health Plan Plus

Child Health Plan Plus

offered by Denver Health Medical Plan, Inc.
ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.

>> ÍNDICE

Números de teléfono importantes	5
¡Bienvenido a DHMP!.....	6
Video de orientación para miembros nuevos.....	6
Su tarjeta de id. de miembro de CHP+.....	8
Dónde puede recibir atención	10
1) Cómo funciona su plan	12
Cómo obtener información sobre los proveedores.....	12
¿Qué es un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?.....	12
¿Por qué es importante su PCP?.....	12
Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMP	12
Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista	13
Cuando cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios	13
Inscripción y cancelación de inscripción	14
Elegibilidad presunta	14
Inscripción abierta	16
¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP?	16
Otro plan de salud.....	16
Beneficio de partera	16
Renovaciones: lo que necesita saber.....	17
Facturas médicas	18
Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes en la facturación	18
¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?.....	19
Planes de incentivos para médicos.....	19
Lesiones o enfermedades causadas por terceros.....	20
Uso de un representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR)	21
Privacidad.....	22
Formar parte del Comité Asesor del Consumidor	22
Boletín para miembros de DHMP	22
Solicitud del plan de evaluación y mejora de la calidad	22
2) Sus derechos y responsabilidades	23
Sus derechos	23
Sus responsabilidades	24
3) Cómo recibir atención	25
Atención de emergencia	25

Atención de urgencia	25
Atención posterior a la estabilización	26
Atención preventiva y atención de rutina	27
Cómo programar una cita	27
Estándares para citas de DHMP	28
Farmacia.....	28
Farmacia por Correo	30
4) Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar	32
Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar	32
5) Atención de salud para la mujer	33
Planificación familiar.....	33
Consulta a un obstetra o ginecólogo (obstetricia y ginecología)	33
Atención durante el embarazo	33
Cómo inscribir a su recién nacido en DHMP.....	33
6) Atención médica para niños	34
Servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS)	34
Controles del niño recomendados con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)....	34
Vacunas para niños y adolescentes	35
Cronograma de vacunas	35
Vacunas para niños y adolescentes	36
7) Programas especiales de atención	36
Programas especiales de atención para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas.....	37
Gestión de casos	37
Gestión de la Utilización de Servicios	39
Medicamente necesario	39
Pautas de práctica clínica.....	40
8) Sus beneficios de DHMP	41
Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan	62
9) Servicios adicionales	63
NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health	63
10) Calidad	63
11) Quejas	64
¿Qué es una queja?.....	64

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Qué hacer cuando tiene una queja 64

Después de presentar una queja 64

Cuándo necesita ayuda para presentar una queja 65

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja 65

12) Apelaciones..... 65

¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?..... 65

Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios 66

¿Qué es una apelación? 67

Cómo presentar una apelación..... 67

Cómo presentar una apelación rápida..... 67

Después de presentar una apelación..... 67

Cómo extender los plazos de las apelaciones..... 68

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación 68

Revisión estatal 68

LETRAS GRANDES U OTROS IDIOMAS

If you have questions about this handbook, we can help you for free. We can also give it to you in other formats like big print, audio or in other languages. Call 303-602-2100, toll free 1-800-700-8140, or 711 for callers with speech or hearing needs.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, podemos ayudarlo sin costo alguno. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Llame al 303-602-2100, sin costo al 1-800-700-8140 o al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla.

>> NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

LLAMADA DE EMERGENCIA 9-1-1

2-1-1: para acceder fácilmente a la información sobre servicios humanos y de salud

Línea de Asesoramiento de Enfermería (Nurse Advice Line): 303-739-1261

Línea de Citas (Appointment Line):

- Para programar una cita con un proveedor de DHMP: 303-436-4949
- Centro de Salud Comunitario Stride: 303-360-6276 o <https://stridechc.org/services/new-patients/>

DHMP brinda asistencia y servicios auxiliares gratuitos a los miembros con discapacidades para ayudarlos a comunicarse de manera efectiva con nosotros. La ayuda en lenguaje de señas, así como los servicios de interpretación oral, están disponibles en cualquier idioma de forma gratuita. Para obtener información sobre los beneficios, hacer preguntas o plantear inquietudes, comuníquese con:

- Servicios del Plan de Salud: 303-602-2100
- Llamada gratuita: 1-800-700-8140
- TTY: 711
- Fax: 303-602-2138

Para renovar sus medicamentos con receta en una farmacia de Denver Health:

- Servicio de renovación de medicamentos con receta: 303-436-4488.

Para verificar el estado de su solicitud de autorización:

- Departamento de Farmacia (Pharmacy Department) de DHMP: 303-602-2070

Elegibilidad e inscripción de CHP+ de Colorado:

Este número es para todos los miembros de CHP+ de Colorado, independientemente de su plan de salud de CHP+.

- Health First Colorado Enrollment: 303-839-2120
- Fuera del área metropolitana de Denver: 1-888-367-6557

Para obtener información sobre las revisiones estatales:

- Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts): 303-866-2000

Otros números de teléfono:

- Programa de Asistencia Médica de Colorado: 1-800-359-1991
- DentaQuest: 1-888-307-6561
- Departamento de Políticas y Financiamiento de la Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing): 1-800-221-3943
- Rocky Mountain Poison and Drug Center (Centro para Tratamiento de Intoxicaciones Rocky Mountain): 1-800-222-1222

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> ¡BIENVENIDO A DHMP!

¡Bienvenido a Child Health Plan Plus (CHP+) ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.!

Nos complace que haya elegido a Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) con Child Health Plan Plus (CHP+). CHP+ es un programa de plan de salud de bajo costo para niños menores de 19 años de Colorado. También está disponible para mujeres embarazadas de cualquier edad. CHP+ es para niños y mujeres embarazadas que no pueden pagar un seguro de salud privado.

DHMP es una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que gestiona la atención para miembros de CHP+ a través de la red de Denver Health. También somos su plan de salud. Un **plan de salud** es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores. Trabajan juntos para brindarle la atención que necesita. Para recibir la cobertura de DHMP, usted debe residir en los condados de Denver, Jefferson, Adams o Arapahoe. Cuando se mude y necesite actualizar su domicilio, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) de su condado local o al Programa de Asistencia Médica de Colorado al 1-800-359-1991. En DHMP, nuestra inquietud principal es que usted o su hijo reciban la atención médica adecuada. Cuando desee obtener más detalles sobre la estructura y el funcionamiento de DHMP, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

Vea nuestro video de orientación para miembros nuevos. El video contiene información sobre los servicios y beneficios que se le ofrecen a través de su plan CHP+. Encontrará el video en <http://www.denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-chp>.

Vea este video para obtener información sobre el Centro de Citas de Denver Health. Aprenda a comunicarse con su médico de manera virtual y a utilizar MyChart:

[Atención virtual de Denver Health](#)

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada sobre los proveedores de DHMP. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores de atención que trabajan para DHMP y el Centro de Salud Comunitario Stride: <https://stridechc.org/locations/>. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>. Cuando desee una copia impresa, llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar una al 303-602-2100. Su solicitud se brindará en 5 días hábiles.

Este *Manual para miembros* ayudará a que usted o su hijo reciban la atención médica que necesitan. En este manual, se explica los beneficios que usted o su hijo obtendrán como miembros de DHMP. Este documento también es su *Evidencia de cobertura*. Usted tiene derecho a obtener en cualquier momento un nuevo *Manual para miembros* y todos los datos del *Manual para miembros*. Comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** por teléfono al **303-602-2100** o por escrito cuando necesite un nuevo *Manual para miembros*, un *Directorio de proveedores* o cuando tenga alguna pregunta. Los materiales se enviarán en un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que se hayan solicitado. DHMP está aquí para ayudarlo. Cuando no pueda encontrar las respuestas en este manual, o tenga preguntas, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Este *Manual para miembros* es también una guía para el Programa de Atención Prenatal de CHP+. Este programa ofrece mucho más que la atención prenatal. Ofrece muchos beneficios durante y después del embarazo. Incluye visitas a un médico cuando está enfermo, medicamentos con receta, servicios de visión, dentales y de salud mental. La cobertura es válida hasta un año después del final del embarazo.

Si comienza a recibir la cobertura de Health First Colorado (el Programa Medicaid de Colorado) o se muda fuera de Colorado, ya no es elegible para el Programa de Atención Prenatal de CHP+.

Este manual, y toda la información para miembros, está disponible en otros idiomas. Puede hacerse en braille, en letras grandes o en archivos de audio. Llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** si necesita este manual u otra información para miembros en un idioma o formato diferente. No hay costo para usted.

DHMP brinda a sus miembros servicios de intérpretes gratuitos en varios idiomas. Si desea utilizar los servicios de un intérprete durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al representante del **Centro de Citas** al programar su cita al **303-436-4949**.

DHMP también ofrece servicios de TTY, sin costo alguno, para aquellas personas con impedimentos auditivos. El número de teléfono TTY de Servicios del Plan de Salud es 711. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas u otra ayuda durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al Centro de Citas antes de la fecha de su cita. Se pueden hacer acuerdos con un intérprete.

Portal para miembros MyDHMP: <https://dhmp.healthtrioconnect.com/app/index.page>

MyDHMP es su recurso de referencia para administrar su plan de salud en cualquier momento y en cualquier lugar.

La guía de usuario del portal para miembros puede guiarlo a través de los pasos para crear su cuenta del portal. Visite www.DenverHealthMedicalPlan.org/member-resources.

Estos son algunos de los beneficios que ofrece el portal:

- consultar el estado de la factura de atención médica
- ver los beneficios, la cobertura y los costos compartidos
- ver el estado de las autorizaciones previas
- buscar un experto en salud dentro de la red
- enviar un mensaje seguro con preguntas a su plan
- acceder y descargar materiales para miembros, incluida su tarjeta de id.

Actualmente, el portal está disponible solo en inglés. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda con la traducción.

Descargue la aplicación MyDHMP en las tiendas Apple y Google Play.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Download the
MyDHMP Mobile App
to view benefits and claims!



SCAN ME

Para acceder a sus expedientes médicos, envíe un mensaje a su proveedor. Programe una cita, solicite renovaciones de medicamentos con receta y más, visite el portal para pacientes de Denver Health MyChart.Denverhealth.org.

Su tarjeta de id. de DHMP:

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMP cuando:

- Consulta a su proveedor.
- Recoge un medicamento en la farmacia.
- Recibe servicios de salud.

Si usted pierde su tarjeta de id., llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar una nueva. La nueva tarjeta llegará por correo en unas semanas.

Como miembro de DHMP, usted debe:

- leer este Manual para miembros
- llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) siempre que usted o su hijo necesiten atención
- acudir a las citas con su PCP y con otros proveedores
- brindar información honesta sobre su salud cuando se la pidan su PCP o el personal de DHMP
- colaborar voluntariamente con su PCP
- usar los proveedores de la red de DHMP para recibir servicios fuera del consultorio del PCP.

Como su plan de salud, nos comprometemos a:

- resolver problemas mediante el trabajo en equipo y la buena comunicación
- luchar por la excelencia a través de la mejora continua
- utilizar nuestro tiempo, talento y recursos de manera responsable y eficaz
- tratar a todos con cortesía, dignidad y respeto

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

ELEVATE CHILD HEALTH PLAN *PLUS*

Effective Date:	In Network
Member ID #:	\$0
Name:	Prescriptions
Group #:	\$0
	Out of Network
	ER/UC
	\$0



MedImpact

RxBIN: 003585

RxPCN: ASPROD1

RxGrp: DHM03

Rx ID #:

Language:

Prior authorization may be required for some services.

In case of emergency call 911 or go to the nearest hospital emergency room.

ER/UC is covered anywhere in the U.S.

This card does not prove membership or guarantee coverage.

DenverHealthMedicalPlan.org

Health Plan Services: 303-602-2100

Toll Free: 800-700-8140

TTY Users: 711

NurseLine: 303-739-1261

Pharmacy Providers

Rx Help Desk/Auths: 303-602-2070

MedImpact Help Desk: 800-788-2949



Paper Claims: Denver Health Medical Plan, Inc.

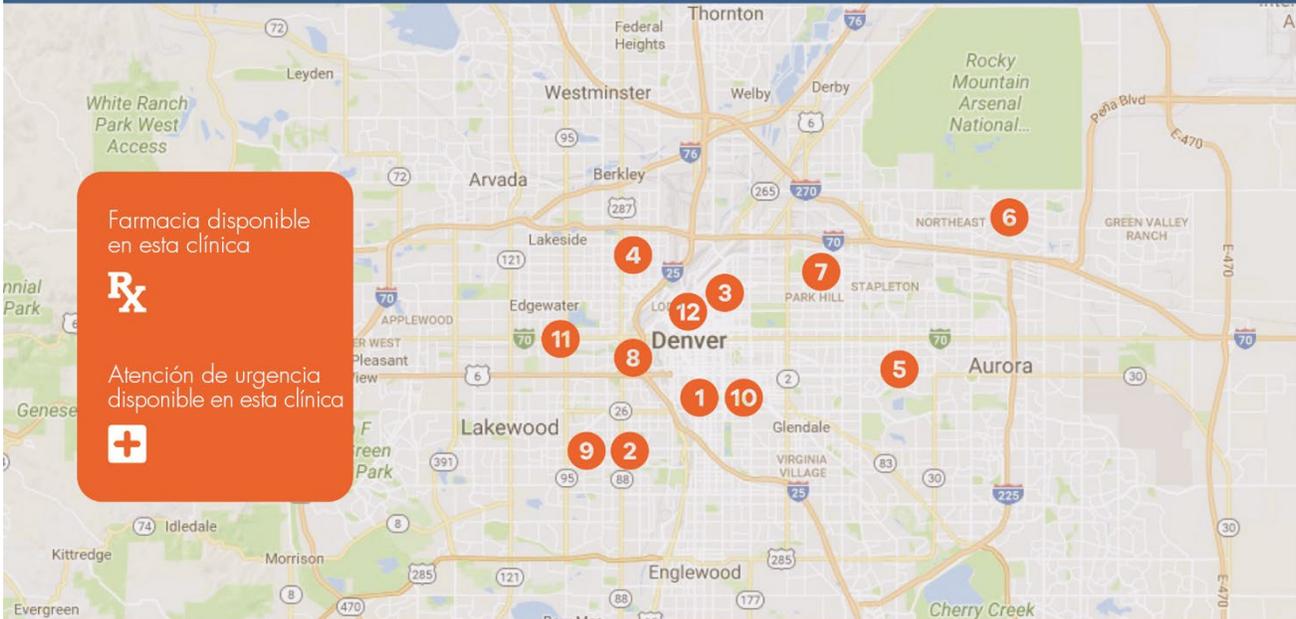
P.O. Box 6300 | Columbia, MD 21045 | EDI Payor ID #84135

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.



**DENVER
HEALTH™**
— est. 1860 —

UBICACIONES DE LA RED



1 Wellington Webb Center
for Primary Care
301 W. 6th Ave.
Rx

5 Lowry Family
Health Center
1001 Yosemite St.
Rx

9 Westwood Family
Health Center
4320 W. Alaska Ave.
Rx

2 Federico F. Peña Southwest
Family Health Center
1339 S. Federal Blvd.
Rx **+**

6 Montbello Family
Health Center
12600 Albrook Dr.
Rx

10 Denver Health
Medical Center
777 Bannock St.
Rx **+**

3 Gipson Eastside Family
Health Center
501 28th St.
Rx

7 Park Hill Family
Health Center
4995 E. 33rd Ave.
Rx

11 Sloan's Lake
Primary Care Center
4007 W. Colfax Ave.

4 La Casa/Quigg Newton
Family Health Center
4545 Navajo St.
Rx

8 Sandos Westside Family
Health Center
1100 Federal Blvd.
Rx

12 Downtown
Urgent Care
1545 California St.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito **1-800-700-8140**.

Esta es una lista de las clínicas de Denver Health **donde puede recibir atención**. Estas clínicas forman parte de la red contratada de CHP+. Una **red** es un grupo de proveedores contratados para brindar servicios y productos de atención a los miembros del plan de salud. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para satisfacer sus necesidades de atención. Puede consultar a cualquier proveedor de la red de CHP+ de DH. Algunos proveedores especialistas requieren una remisión primero; consulte la sección Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista. Comuníquese con el Centro de Citas llamando al 303-436-4949 cuando necesite programar una visita a una clínica.

>> 1) CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Cómo obtener información sobre los proveedores

Puede llamar al consultorio de su proveedor o a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

¿Qué es un PCP?

Su **proveedor de atención primaria (PCP)**, es un médico o enfermero profesional (Nurse Practitioner, NP) que lo ayuda a estar y mantenerse saludable. Su PCP trabaja con enfermeros, asistentes médicos (physician assistants, PA) y trabajadores sociales en la clínica o consultorio. Su PCP es su contacto principal para toda su atención. Su PCP puede responder sus preguntas sobre la salud y ayudarlo a obtener la atención que necesita.

¿Por qué es importante su PCP?

Su PCP es el primer paso para recibir atención. Su PCP es la persona a quien usted puede ver o hablar primero para toda su atención médica. Su PCP es la persona que:

- Le brinda atención médica, lo cual incluye controles, vacunas y recetas.
- Lo remite a un especialista o a otros servicios cuando es necesario.
- Lo interna en el hospital cuando es necesario.
- Mantiene sus registros médicos.

Con un PCP, usted tendrá continuidad en la atención. Eso significa que usted no tendrá que explicar sus antecedentes médicos cada vez que necesite atención. Esto es importante, especialmente cuando tiene alergias o inquietudes sobre salud. Su médico ya lo conocerá a usted y sus necesidades.

Los miembros del Programa de Atención Prenatal pueden elegir a un obstetra o ginecólogo como su proveedor de atención primaria. Su PCP le ayuda a obtener la atención que necesita. Ofrecen una amplia gama de servicios de atención, como:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| • controles | • diagnóstico y atención iniciales | • remisiones al especialista cuando lo necesite |
| • visitas por enfermedad | • supervisión de la salud | • garantía de la continuidad de la atención |
| • vacunas | • gestión de las afecciones crónicas | |

Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMP

Usted debe elegir a un PCP o un hogar médico de inmediato. Para elegir un PCP o un hogar médico, consulte el *Directorio de proveedores* de DHMP para obtener una lista de los proveedores y las clínicas de DHMP.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMP o véalo en Internet en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>.

Llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949** cuando sepa qué PCP o qué hogar médico desea consultar para su atención. Si elige a un PCP o un hogar médico, DHMP le asignará la clínica familiar más cercana. En la sección **Dónde puede recibir atención** de este manual, hay una lista de todas las clínicas.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Puede cambiar su PCP o su hogar médico en cualquier momento. Llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949** y dígalos que necesita cambiar su PCP o su hogar médico.

Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista

Necesita una remisión de su PCP para consultar a algunos tipos de especialistas. Un **especialista** es un proveedor que trabaja en un área de la medicina, como un cirujano. Una remisión es una solicitud realizada por su PCP (proveedor de atención primaria) a DHMP (Denver Health Medical Plan). Una remisión busca la aprobación de su visita a un especialista. El Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios evaluará cuidadosamente la remisión y tomará una determinación para aprobarla o denegarla.

Es necesario obtener una aprobación previa de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de consultar a cualquier proveedor fuera de DHMP. La **aprobación previa** es obtener aprobación para los servicios antes de usarlos. Si no recibe una remisión de su PCP y una aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de consultar o de recibir los servicios de cualquier proveedor o especialista externo, posiblemente deba pagar por la atención que reciba. Aunque DHMP no se opone a la prestación de servicios por motivos morales o religiosos, los proveedores individuales pueden tener tales objeciones. Usted tiene derecho a cambiar de proveedores cuando un proveedor individual tiene objeciones para prestar un servicio.

No necesita una aprobación previa.

- Para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMP.
- Para consultar a un obstetra o ginecólogo de Denver Health, un proveedor que solamente trata a mujeres debido a razones reproductivas, para exámenes anuales.
- Para recibir servicios de planificación familiar o ver a un proveedor de planificación familiar.
- Para recibir atención de emergencia o urgencia, dentro o fuera de DHMP.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: Puede autorremitirse a un proveedor de la red para estos servicios. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
 - asesoramiento individual
 - asesoramiento familiar
 - asesoramiento grupal
 - servicios de gestión de casos
- Para servicios de emergencia de salud mental o de uso de drogas. Usted es responsable de garantizar que se le haya notificado a DHMP acerca de la internación de emergencia.

Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información sobre las aprobaciones previas.

Cuando cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios

DHMP le comunicará por escrito siempre que haya un cambio sustancial en cualquiera de los siguientes:

- sus derechos a cancelar la inscripción
- información del proveedor

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- sus derechos y protecciones
- procesos de quejas, apelaciones y revisión estatal
- beneficios disponibles para usted a través de DHMP
- beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMP
- cómo obtener sus beneficios, incluidos los requisitos de aprobación previa y beneficios de planificación familiar
- servicios de atención de emergencia, urgencia y posteriores a la estabilización
- aprobaciones previas para atención especializada
- costos compartidos

DHMP le comunicará acerca de estos cambios con al menos 30 días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia para estos cambios.

Inscripción y cancelación de inscripción

Usted es quien decide ser miembro de DHMP. Usted puede cancelar su inscripción en DHMP por cualquier motivo en los siguientes casos:

- Usted es un miembro nuevo de DHMP y ha estado inscrito en DHMP durante 90 días o menos.
- Usted se encuentra en el periodo de inscripción abierta. Consulte la sección Inscripción abierta de este manual para obtener detalles.
- Usted pierde su periodo de inscripción abierta porque perdió su elegibilidad para recibir los beneficios de CHP+ durante un breve periodo.

Elegibilidad presunta

El Programa de Elegibilidad Presunta (Presumptive Eligibility, PE) ofrece a los menores de 19 años y a las mujeres embarazadas una cobertura médica temporal de Health First Colorado o Child Health Plan Plus (CHP+) de forma inmediata. Su cobertura médica temporal dura al menos 45 días mientras se procesa su solicitud para obtener asistencia médica. Para cumplir con los requisitos, debe:

- ser un niño menor de 19 años o una mujer embarazada
- parecer que cumple con los requisitos para Child Health Plan Plus (CHP+)
- completar una solicitud para obtener asistencia médica

Nota: Los servicios dentales no están cubiertos mientras esté en el Programa de Elegibilidad Presunta.

Usted o DHMP pueden solicitar que se cancele la inscripción en DHMP en cualquier momento por las siguientes razones:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- Se muda fuera del área de cobertura de DHMP. DHMP cubre los condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver.
- Cuando necesita muchos servicios a la vez y uno de los servicios no está disponible en la red de DHMP, y su proveedor le informa a DHMP que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMP por error.
- Usted siente, y el estado (HCPF) acuerda, que la calidad de la atención que recibe es deficiente, no tiene acceso a los servicios de DHMP ni a los tipos de proveedores que usted necesita, y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Health Care Policy and Financing, HCPF) está de acuerdo.
- Su PCP deja la red de DHMP.
- Otras razones aprobadas por el HCPF.

DHMP puede solicitarle que cancele su inscripción en el plan DHMP. DHMP puede obtener el permiso del HCPF para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Ya no es un residente permanente en el área de servicio de DHMP.
- Usted ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMP durante 90 o más días consecutivos.
- Lo internan en una institución debido a una enfermedad mental o adicción a las drogas.
- Lo alojan en una institución correccional.
- Usted posee cobertura de salud aparte de CHP+.
- Usted se encuentra en un plan de Medicare u otro plan de salud que no es un plan DHMP.
- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño.
- Tras la muerte del miembro.
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMP intencionalmente acerca de usted, y esta información afecta su condición de inscripción.
- Cualquier otra razón dada por DHMP y con la que el HCPF esté de acuerdo.

Su proveedor puede solicitarle que cancele la inscripción en DHMP por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted falta continuamente a las citas que programa para consultar a su proveedor.
- No respeta el plan de atención que acordaron usted y su proveedor.
- Usted no sigue las reglas de DHMP Se enumeran como responsabilidades de los miembros en este manual.
- Es abusivo con sus proveedores, el personal de DHMP u otros miembros de DHMP.

DHMP debe darle una advertencia verbal antes de que pueda solicitar la cancelación de su inscripción por estas razones. DHMP también le enviará una advertencia por escrito. La advertencia por escrito lo notificará acerca de la razón de la advertencia. También le comunicará que se cancelará su inscripción en DHMP si continúa con su comportamiento.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Si usted es abusivo con su proveedor, el personal de DHMP u otros miembros de DHMP, DHMP le dará una advertencia verbal. DHMP puede cancelar la inscripción sin enviarle una carta de advertencia.

Para inscribirse o cancelar la inscripción en DHMP debe comunicarse con **Health First Colorado Enrollment** al **1-888-367-6557**.

Inscripción abierta

Los 90 días antes del final de su periodo de elegibilidad se denomina periodo de inscripción abierta. Puede cambiarse de un plan de salud de DHMP u otro diferente por cualquier motivo durante este tiempo. Se le enviará una carta recordatoria cuando se encuentre en el periodo de inscripción abierta. Durante este tiempo, usted puede optar por permanecer en DHMP o elegir un plan de salud diferente.

¿Cuándo no puede ser miembro de DHMP?

Usted no puede recibir servicios a través de DHMP cuando:

- Usted pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de CHP+.
- Se muda fuera de Colorado durante más de 30 días.
- Se une a otro plan de salud.
- Se muda a un condado fuera del área de servicio de DHMP. DHMP presta servicios en los condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson.

Otro plan de salud:

Ser elegible para CHP+ depende de que usted no tenga ningún otro plan de salud. El Programa de Atención para Personas de Bajos Recursos y el Programa de Atención Médica para Niños con Necesidades Especiales (Health Care Program for Children with Special Needs, HCP) no cuentan como un plan de salud. Cuando esté cubierto por cualquier otro plan de salud válido, dejará de ser elegible para CHP+.

Cuando contrate otro plan de salud, debe informarlo a DHMP. Puede encontrar formularios en línea en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordination-benefits>. También puede solicitar que le envíen un formulario llamando a **Servicios del Plan de Salud**. Si se descubre que un miembro de DHMP tiene otro plan de salud, su cobertura de DHMP podría ser cancelada. Las excepciones a tener cobertura doble son Medicare y los planes de salud dental.

Beneficio de partera:

Los miembros de DHMP ahora pueden recibir los beneficios de partera. Una partera es una ayudante capacitada. Brinda apoyo físico, emocional e informativo a una persona embarazada. Lo hace antes, durante y después del parto. Ayuda a las familias a tener la mejor experiencia en un nacimiento.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Renovaciones: lo que debe saber

El proceso de renovación:

Verifica si aún cumple con los requisitos para Child Health Plan Plus (CHP+).

Para algunos miembros, la renovación es automática. Esto se basa en la información actual. Otros miembros deberán completar el proceso de renovación.

Si su renovación es automática:

Recibirá una carta varias semanas antes de la fecha límite de renovación. La carta confirmará que su cobertura de salud se ha renovado.

Después de la renovación, también puede recibir una carta para verificar si la información sobre los ingresos es correcta. Debe responder a esta carta para continuar con la cobertura.

Si su renovación no es automática:

Debe completar el proceso de renovación. Este determina si aún cumple con los requisitos para Health First Colorado o CHP+.

Se le enviará un paquete de renovación por correo. Además, estará disponible en Internet en CO.gov/PEAK entre 60 y 70 días antes de la fecha límite de renovación.

Recibirá notificaciones sobre su renovación por correo o, si optó por notificaciones electrónicas, por correo electrónico, mensaje de texto y notificaciones automáticas en la aplicación de Health First Colorado.

Debe completar, firmar y enviar el paquete de renovación al Departamento de Servicios Humanos del condado local antes de la fecha límite. Esto se puede hacer por correo postal, en persona, en Internet en CO.gov/PEAK o a través de la aplicación de Health First Colorado.

¿Cómo sabré cuándo vence mi renovación?

Health First Colorado le notificará varias semanas antes de la fecha de vencimiento de la renovación mediante un paquete de renovación enviado por correo postal o por correo electrónico. Consulte el buzón de PEAK para obtener detalles.

Si utiliza la aplicación de Health First Colorado y optó por las notificaciones automáticas, recibirá una notificación cuando llegue el momento de actuar.

Formas de completar y enviar el paquete de renovación:

En Internet: complete el formulario de renovación en CO.gov/PEAK o a través de la aplicación de Health First Colorado.

En persona: envíe el paquete a la Oficina de Servicios Humanos del condado local.

Por correo postal o fax: envíe el paquete de renovación firmado al Departamento de Servicios Humanos del condado.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Para buscar un proveedor, siga estos pasos:

Visite el sitio web de Denver Health Medical Plan.

Navegue hasta la sección de miembros de Elevate Child Health Plan Plus (CHP+).

Haga clic en el enlace FIND A PROVIDER (BUSCAR UN PROVEEDOR) situado en la parte superior derecha de la página.

Una vez que esté en la sección de búsqueda de proveedores, seleccione su plan.

Para buscar un proveedor de optometría, elija “Optometry” (Optometría) en las opciones de especialidades.

Facturas médicas:

DHMP paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor cuando el servicio sea un beneficio cubierto por DHMP. Es posible que tenga que pagar por un servicio que recibe si no está cubierto. Es posible que tenga que pagar cuando reciba el servicio de un proveedor no participante. Un proveedor **no participante** es un proveedor, centro o prestador que no acepta brindar servicios y productos de atención a los miembros del plan de salud. Usted no debe recibir una factura de un proveedor fuera de la red de proveedores de DHMP si obtuvo una aprobación previa. Consulte la sección Cómo obtener una aprobación o una remisión para consultar a un especialista para obtener más información. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si recibe una factura de un proveedor.

Protéjase a usted mismo y a CHP+ contra los fraudes

La mayoría de las personas que trabajan con DHMP son honestas. Puede haber algunas que no lo sean. Tanto los miembros como los proveedores pueden cometer fraude. Cada año CHP+ pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención sea más cara para todos.

Ejemplos de fraude de los miembros

- utilizar la tarjeta de id. de otra persona
- prestar su tarjeta de id. a alguien que no tiene derecho a usarla
- brindar información falsa en una solicitud de inscripción para obtener cobertura

Ejemplos de fraude de los proveedores

- facturar a DHMP por servicios que usted nunca obtuvo
- facturar a DHMP por equipos diferentes de los que tiene

¡Usted también puede ayudar a combatir el fraude!

Puede guardar los recibos que le den los proveedores cuando reciba servicios. Use sus recibos de pago para controlar si hay errores. Esto incluye cualquier registro que liste los servicios que recibió o los pedidos de

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

medicamentos que presentó. Además, proteja su tarjeta de id. de miembro. No permita que nadie tome prestada su tarjeta de id. del miembro ni comparta su información.

Si sospecha de fraude, comuníquelo a DHMP.

Por teléfono puede realizar una llamada gratuita a Values Line al 1-800-273-8452. Este número está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede brindar su nombre y número, o permanecer anónimo.

Por escrito

Denver Health Enterprise Compliance Services

ATTN: DHMP Compliance

601 Broadway, Mail Code 7776

Denver, Colorado 80204

Por correo electrónico ComplianceDHMP@dhha.org

¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?

- cuando consulta a algunos proveedores o especialistas sin la aprobación previa de DHMP y su PCP
- cuando recibe atención que no es un beneficio cubierto
- cuando no respete las reglas de la farmacia
- cuando hay fraude o el servicio vaya en contra de la ley

Cuando necesite ayuda para decidir si un servicio o un proveedor se encuentra cubierto por DHMP, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Planes de incentivos para médicos

DHMP no compensa, recompensa ni incentiva financieramente o de otro modo a los asociados por restricciones inadecuadas de atención. No promovemos ni ofrecemos ningún incentivo a los empleados o revisores de proveedores por retener beneficios para aprobación para servicios médicamente necesarios a los que tiene derecho. Las decisiones de revisión de la utilización y las decisiones de cobertura de beneficios se basan en la atención y el servicio adecuados, No diseñamos, calculamos, otorgamos ni permitimos incentivos financieros o de otro tipo basados en:

- la frecuencia de las negaciones de autorización para la cobertura
- las reducciones o las limitaciones en la duración de la estadía hospitalaria
- los servicios o cargos médicos
- las llamadas telefónicas u otros contactos con proveedores de atención o miembros

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Lesiones o enfermedades causadas por terceros

Un tercero puede causarle lesiones o enfermedades por las que recibe atención. La parte que causó su lesión o enfermedad (parte responsable) podría ser:

- otro conductor
- su empleador
- una tienda
- un restaurante
- alguien más

Cuando un tercero le causa una lesión o enfermedad, usted acepta que:

- DHMP puede cobrar el costo de sus beneficios de atención directamente a la parte responsable o a la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- Dentro de los 30 días de enfermarse o sufrir una lesión causada por una parte responsable, debe informar a DHMP que su lesión o enfermedad fue causada por una parte responsable, y: tiene 30 días para informar a DHMP que su lesión o enfermedad fue causada por una parte responsable. Los 30 días comienzan el día en que se enferma o sufre la lesión, y:
 - Debe dar a DHMP el nombre de la parte responsable y de la compañía del plan de salud de la parte responsable.
 - Debe dar a DHMP el nombre de cualquier abogado o estudio de abogados que haya contratado para reclamar daños y perjuicios a la parte responsable.
- Debe ordenar a su abogado que notifique a la compañía del plan de salud de la parte responsable que:
 - DHMP ha pagado o está en el proceso de pagar sus facturas médicas.
 - La compañía del plan de salud de la parte responsable debe comunicarse con DHMP para discutir el reembolso a DHMP.
 - La compañía del plan de salud de la parte responsable debe pagar a DHMP antes de pagarle a usted. El pago a usted primero significa usted o su abogado, o puede ser responsable de los costos de atención.
 - Si no tiene un abogado, debe notificar a la compañía del plan de salud de la parte responsable sobre los tres aspectos anteriores.
- Ni usted ni su abogado llegarán a un acuerdo con la compañía del plan de salud de la parte responsable para que no se pague por completo a DHMP.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero de la compañía del plan de salud de la parte responsable hasta que DHMP reciba el pago completo. Debe hacerlo incluso cuando el dinero que se pagará se refiera a daños por dolor y sufrimiento, sueldos perdidos u otros daños.
- Si la compañía del plan de salud de la parte responsable le paga a usted o a su abogado antes de reembolsar a DHMP, usted o su abogado deben reembolsar a DHMP hasta alcanzar el costo total de su atención. DHMP no está obligado ni pagará a su abogado los honorarios de abogados ni los costos por cobrar el dinero.
- DHMP tiene una retención sobre cualquier dinero que le deba la compañía del plan de salud de la parte responsable o que ya haya sido pagado a usted o a su abogado.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- DHMP podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
- DHMP, de acuerdo con la ley aplicable, podrá entregar a la compañía del plan de salud de la parte responsable y a su abogado los registros de DHMP necesarios para el cobro.
- Usted debe firmar los documentos necesarios para permitir que DHMP entregue sus registros a la compañía del plan de salud de la parte responsable, a su abogado y para ayudar a DHMP a cobrar el dinero adeudado.
- Usted o su abogado deben cooperar con DHMP en el cobro del dinero adeudado brindando la información solicitada sobre su factura de atención médica potencial o real contra la parte responsable.
- Usted o su abogado deben notificar a DHMP sobre cualquier trato o demanda contra la parte responsable y la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- Usted o su abogado no deben hacer nada para dañar a DHMP.
- No debe obstaculizar la capacidad de cobrar el reembolso de la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- Usted debe reembolsar a DHMP cualquier dinero que no pueda cobrar de la compañía del plan de salud de la parte responsable como resultado de su falta de ayuda o interferencia, o la de su abogado, con las medidas de DHMP por cobrar el reembolso.
- Usted debe pagar los honorarios de abogados y los costos que DHMP pague para cobrarle el reembolso.
- DHMP no pagará ni está obligado a pagar ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por una parte responsable o por la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- Usted debe seguir las reglas e instrucciones de la compañía del plan de salud de la parte responsable cuando sea necesario para que paguen sus facturas médicas. DHMP no pagará ni está obligado a pagar ninguna factura médica que la compañía del plan de salud de la parte responsable no haya pagado debido a que usted no respetó sus instrucciones o reglas.
- Si usted o su abogado interfieren o no ayudan a DHMP a cobrar el reembolso, DHMP puede solicitar que se cancele la inscripción en DHMP por causa justificada y que se le inscriba en el programa estatal de CHP+.

Si tiene preguntas, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

Uso de un representante personal designado (DPR):

Usted puede designar a alguien para que esté a cargo de su atención médica. Este es un representante personal designado (designated personal representative, DPR). Usted puede designar a un amigo, un familiar, un proveedor o a quien quiera para que sea su DPR. Un DPR velará por sus intereses cuando usted no pueda tomar decisiones de atención por sí mismo. Usted debe informar a DHMP por escrito si designa a un DPR. El nombre, el domicilio y el número de teléfono del DPR, así como también su firma y la del DPR deben incluirse en la carta, para que DHMP sepa a quién llamar cuando sea necesario. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitar una copia

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Privacidad

Su privacidad es muy importante. Usted puede confiar en que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad. Esto incluye información del miembro como edad, raza, grupo étnico, idioma y otra información personal de contacto. DHMP respetará sus instrucciones por escrito, procedimientos y leyes acerca de la privacidad de sus registros. La información del miembro y los registros médicos solo se utilizarán para su atención y la calidad de la atención médica. No le daremos esta información a nadie sin su permiso.

Cuando usted reciba servicios en una clínica de Denver Health, se le proveerá una descripción completa de las prácticas de privacidad de DHMP. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedir una copia de las prácticas de privacidad, sin costo para usted.

Instrucciones anticipadas

Las **instrucciones anticipadas** son instrucciones escritas para aquellos que lo atienden. Les dice qué hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Enumeran el tipo de atención que desea o no desea recibir si está tan enfermo o herido que no pueda hablar por sí mismo. Su PCP o su plan de salud pueden informarle más y brindarle un formulario de instrucciones anticipadas.

Formar parte del Comité Asesor del Miembro

El Comité Asesor del Miembro de DHMP es un grupo formado por personal, los miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMP. Se reúnen de manera periódica para hablar sobre el plan DHMP. Cuando usted se une al Comité Asesor del Miembro de DHMP, nos ayuda a mejorar. ¿Desea ayudar a mejorar su plan de salud? ¿Tiene ideas respecto de los cambios que debería implementar DHMP? ¿O simplemente desea compartir sus experiencias con el personal de DHMP? Queremos oír todo lo que tenga que decir. Siga el enlace y envíenos sus comentarios en denverhealthmedicalplan.org/child-health-plan-plus-connect-us, o comuníquese con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** si desea formar parte del Comité Asesor del Miembro de DHMP.

Boletín para miembros de DHMP

Como miembro de DHMP, usted tendrá acceso a los boletines de DHMP durante el año. Todos los boletines contendrán información importante de DHMP. Los boletines le informarán acerca de los cambios en el plan o sobre los proveedores. También sobre próximos eventos, consejos de salud y más.

Solicitud del plan de evaluación y mejora de la calidad

Como miembro de DHMP, usted puede solicitar una copia del plan de evaluación y mejora de la calidad. Visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program> para obtener el plan más actualizado.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 2) SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos

Denver Health Medical Plan (DHMP) brinda acceso a la atención médica para todos sus miembros. No discriminamos por motivos de religión, raza, nacionalidad, color, ascendencia, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni edad.

Brindamos atención a través de una asociación que incluye a su proveedor, a DHMP, a otro personal de atención y a usted, nuestro miembro. DHMP se compromete a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMP, usted tiene los siguientes derechos:

- A ser tratado con respeto y consideración en lo que respecta a su dignidad y privacidad.
- A obtener información sobre todas las opciones de atención y alternativas para su afección de salud de una manera que tenga sentido para usted.
- A participar en las decisiones relacionadas con su atención, incluido el derecho a decir que no.
- A recibir una segunda opinión. Esto significa pedirle a otro proveedor que revise su caso sin costo para usted. DHMP programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMP no está disponible.
- A establecer instrucciones anticipadas.
- A que su proveedor le brinde información detallada acerca de las instrucciones anticipadas y a ser informado desde el principio si su proveedor no puede respetar sus instrucciones anticipadas debido a sus creencias.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que los proveedores y el personal de DHMP no podrán retenerlo en contra de su voluntad como castigo, hacer que usted haga algo que ellos quieran o vengarse por algo que usted haya hecho.
- A recibir servicios de proveedores en los plazos establecidos por las normas de citas de DHMP en este manual.
- A consultar proveedores que lo hagan sentir cómodo y que satisfagan sus necesidades culturales.
- A utilizar cualquier hospital u otra instalación para servicios de atención de emergencia o urgencia. Los servicios de atención de emergencia y urgencia no requieren aprobación previa ni remisión.
- A recibir servicios de atención fuera de la red de Denver Health si a usted no le es posible recibirlos en la red de Denver Health. DHMP primero debe aprobar los servicios de atención que no sean de emergencia o urgencia.
- A solicitar y a recibir una copia de sus registros médicos, y a solicitar que se enmienden o corrijan.
- A presentar una queja o una apelación, o a solicitar una revisión estatal.
- A unirse al Comité Asesor del Miembro de DHMP.
- A obtener información completa sobre los beneficios de DHMP. Esta información incluye servicios cubiertos; cómo recibir todo tipo de atención, como atención de emergencia; información detallada sobre los proveedores y sus derechos a cancelar la inscripción.
- A hacer uso de sus derechos antes mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMP.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- A que se le presten servicios de atención de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.
- A ejercer libremente sus derechos. El uso de esos derechos no afectará la forma en que DHMP, sus proveedores de la red o la agencia estatal de Medicaid lo tratan.

Sus responsabilidades

DHMP desea brindarle a cada miembro una atención médica sobresaliente y una experiencia grata cada vez que acuda a Denver Health. Por eso esperamos que nuestros miembros, nuestro personal y nuestros proveedores se traten unos a otros con dignidad y respeto.

Como miembro de DHMP, usted también es responsable de lo siguiente:

- seleccionar a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un hogar médico que se encuentre en la red de Denver Health
- respetar todas las reglas que se definen en este *Manual para miembros*
- obtener una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista, a menos que no se necesite una, y una aprobación previa de la Gestión de la Utilización de Servicios si la atención se brinda fuera de su red contratada
- respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMP
- llamar al Centro de Citas para cambiar su PCP
- pagar por toda atención que reciba sin la remisión de su PCP, a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia, de urgencia o de planificación familiar
- pagar por todo servicio no cubierto por DHMP o CHP+
- comunicar a DHMP acerca de cualquier otro plan de salud que tenga además de CHP+
- llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 3) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN

Atención de emergencia

Una **emergencia** es cuando una enfermedad o lesión es muy grave. Es tan grave que su salud o la de su bebé por nacer, sus funciones corporales, los órganos corporales o las partes del cuerpo pueden estar en peligro. Obtenga atención médica de inmediato. Esto incluye el trabajo de parto y el parto. Un servicio de emergencia es cualquier servicio que reciba de un proveedor de una sala de emergencias que sea necesario para atender un problema de salud de emergencia. Cuando tenga una emergencia llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia. Una emergencia es cuando usted cree que al no recibir atención de inmediato podría resultar en lo siguiente:

- Su salud o la salud de su hijo por nacer estarían en riesgo.
- Su cuerpo podría no funcionar correctamente.
- Un órgano o alguna parte de su cuerpo podrían no funcionar correctamente.

DHMP no negará sus servicios de emergencia si el proveedor no se comunica con DHMP en un plazo determinado de días.

La atención médica de estabilización es la atención médica que recibe después de una emergencia para estabilizar su salud. DHMP cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencia, de urgencia y de estabilización no necesita una aprobación previa por parte de DHMP. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención médica que reciba que no sea atención de emergencia, urgencia o estabilización debe ser provista por un proveedor de Denver Health a menos que usted haya recibido una aprobación previa para recibir atención fuera de la red.

Llame a Servicios del Plan de Salud lo antes posible cuando usted o su hijo sean internados en el hospital para una situación de emergencia.

Si necesita atención fuera del horario de atención, puede llamar a **NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261**. El enfermero puede ayudarlo a decidir si necesita consultar a un proveedor, acudir a una sala de emergencias o brindarle consejos de salud cuando no esté seguro de qué hacer.

Atención de urgencia

A veces necesita atención de urgencia. La **atención de urgencia** es atención médica que se brinda rápidamente ante una enfermedad o lesión que la necesita. Cuando necesite obtener atención de urgencia, puede acudir al centro de atención de urgencias más cercano o llamar a:

- Su PCP.
- **NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261**. Esta línea puede comunicarlo con un enfermero de DHMP durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El enfermero de DHMP puede ayudarlo a decidir si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención de urgencia.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- La atención de urgencia virtual ahora está disponible para todos los usuarios de MyChart de Denver Health. Es fácil y conveniente obtener la atención de urgencia que necesita desde la comodidad de su hogar, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Comuníquese con Denver Health Hospital Authority al 303-436-6000 para obtener más ayuda y detalles.

No necesita la aprobación previa de DHMP para acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Usted puede consultar a cualquier proveedor de atención de urgencia incluso si el proveedor se encuentra fuera de la red de DHMP.

Denver Health cuenta con clínicas de atención de urgencias pediátricas y para adultos en el campus principal del hospital de Denver Health (777 Bannock St.). Estas clínicas están abiertas de 8:30 a.m. a 10 p.m., de lunes a viernes, y de 10 a.m. a 9 p.m. los fines de semana.

Puede acudir a las clínicas de atención de urgencia de Denver Health, pero no tiene que hacerlo. Siempre acuda al centro de atención de urgencia más cercano cuando tenga una necesidad de atención médica de urgencia.

Atención posterior a la estabilización

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos que recibe después de una afección médica de emergencia y una vez estabilizado. Un proveedor puede brindarle atención posterior a la estabilización para mantenerlo estabilizado o para mejorar o resolver su problema de salud. DHMP pagará por su atención posterior a la estabilización cuando se encuentre en Denver Health. Cuando se encuentre en un hospital que no sea de Denver Health por una emergencia, su atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMP. Una vez que esté estabilizado, usted o un familiar deben llamar a DHMP al número que figura en el reverso de su tarjeta de miembro para notificar a DHMP su internación en un hospital fuera de la red.

Cuando un proveedor de un hospital que no es de Denver Health le brinde atención posterior a la estabilización y DHMP no los haya aprobado previamente, aun así DHMP debe pagar por los servicios si:

- El proveedor en el hospital que no es Denver Health le solicita a DHMP la aprobación de sus servicios de atención médica posterior a la estabilización y DHMP no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una hora.
- No se puede comunicar con DHMP.
- DHMP y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su atención.

Cuando recibe servicios de atención posterior a la estabilización en un hospital que no sea Denver Health y no fueron aprobados previamente por DHMP, pero DHMP los está pagando debido a las razones anteriores, DHMP pagará por los servicios hasta que suceda una de estas cosas:

- Un proveedor de DHMP que también trabaja en un hospital que no es de Denver Health se hace responsable de su atención.
- El proveedor del hospital que no es de Denver Health le comunica a DHMP que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health, y un proveedor de DHMP se hace cargo de usted.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- DHMP y el proveedor del hospital que no es Denver Health llegan a un acuerdo sobre cómo manejar su atención.
- El proveedor que no pertenece a Denver Health decide que se le puede dar el alta del hospital que no pertenece a Denver Health.

Cuando el proveedor del hospital que no es de Denver Health decida que usted se encuentra estable, lo que significa que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido a Denver Health para recibir el resto de su atención, DHMP trabajará para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. DHMP seguirá cubriendo su atención cuando sea transferido al hospital de Denver Health. Si usted se niega a este traslado, tendrá que pagar por el resto de la atención que reciba en el hospital que no es de Denver Health. No se le cobrará más de lo que DHMP cobraría por los servicios proporcionados por DHMP.

Atención preventiva y de rutina

Usted necesita inmunizaciones, vacunas, controles y visitas regulares a un proveedor para gozar de buena salud. Recibir atención de rutina es una buena manera de que su PCP haga un seguimiento de su salud. Usted debería recibir atención de rutina y preventiva para que su PCP le pueda ayudar a no enfermarse y también a tratar cualquier señal temprana de enfermedad antes de que esta empeore. Llame al Centro de Citas para recibir ayuda para este tipo de atención. Si hay otros servicios sobre los cuales tiene dudas, llame a Servicios del Plan de Salud.

Cómo programar una cita

Debe llamar al **Centro de Citas** al **303-436-4949**. Si usted necesita un intérprete o servicios de TTY cuando visita a su proveedor, comuníquese al representante del Centro de Citas al programar la suya. Los nuevos pacientes pueden programar una cita en Internet en www.denverhealth.org. Una vez que haya sido examinado en cualquiera de las clínicas de Denver Health, usted puede programar una cita en Internet registrándose en MyChart en: <https://mychart.denverhealth.org/mychart/openscheduling>. MyChart le permite enviar un mensaje a su médico, ver los resultados de las pruebas, renovar las medicaciones y programar una cita virtual de atención de urgencia.

Obtendrá una cita lo más rápido posible, pero no más tarde que los tiempos listados en la tabla de estándares para citas que figura a continuación:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Estándares para citas de DHMP	
Tipo de atención	Normas para citas
Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Urgencia	Dentro de las 24 horas posteriores a su llamada
Médica no urgente/no emergente, no urgente y sintomática	Dentro de los 7 días
Atención sintomática no urgente por abuso de sustancias o servicios de salud conductual	Dentro de los 7 días calendario
Exámenes físicos de bienestar para pacientes asintomáticos/problema médico no emergente y no urgente	Dentro de los 30 días
Citas ambulatorias de seguimiento	Dentro de los 7 días posteriores al alta hospitalaria
Atención conductual de emergencia	Por teléfono dentro de los quince minutos posteriores al contacto inicial, en persona en una hora posterior al contacto

Farmacia

Si tiene un problema en la farmacia, llámenos antes de pagar el desembolso directo. Podemos verificar lo que está cubierto y lo que no lo está. Si tiene un problema de elegibilidad, por ejemplo, si tiene otro seguro de salud, llámenos y podemos ayudarlo a verificar cuál es el primario y cuál es el secundario. Su PCP puede pedirle un medicamento con receta. Los **medicamentos con receta** son medicamentos que su médico ordena para usted. Sirven para tratar o prevenir una afección o enfermedad. Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMP con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMP pague por su medicamento con receta. Cuando su proveedor de Denver Health emite una receta, usted puede obtener sus medicamentos con receta en las farmacias de Denver Health que se mencionan a continuación:

Línea Central de Farmacia y de Solicitud de Renovaciones (Refill Request and Central Pharmacy Call Line) de Denver Health: 303-436-4488.

Farmacia del Webb Center for Primary Care
301 W. 6th Ave.
Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy
501 28th St.
Denver, CO 80205

Westside Pharmacy
1100 Federal Blvd.
Denver, CO 80204

Southwest Pharmacy
1339 S. Federal Blvd.
Denver, CO 80219

Outpatient Medical Center Pharmacy
660 Bannock St.
Pavilion L Denver, CO 80204

La Casa Pharmacy
4545 Navajo St.
Denver, CO 80211

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Lowry Pharmacy
1001 Yosemite St.
Denver, CO 80230

Montbello Pharmacy
12600 Albrook Dr.
Denver, CO 80239

Para saber el horario de atención de la farmacia de Denver Health, visite <https://www.denverhealth.org/services/pharmacy>.

También puede llevar sus recetas a cualquier otra farmacia que acepte el plan de salud de DHMP. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el plan de salud de DHMP, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens. Puede visitar en Internet <https://www.denverhealthmedicalplan.org> para acceder al portal para miembros para encontrar una farmacia cercana a usted.

Puede llamar al número de teléfono que figura en su envase para solicitar una renovación. Cuando usa las farmacias de Denver Health, puede solicitar una renovación llamando a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** al **303-436-4488** o puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco días hábiles antes de que se acabe su medicamento con receta. Cuando su proveedor le indique tomar sus medicamentos con receta de manera diferente a la especificada en las instrucciones del envase del medicamento, comuníquese a su farmacia.

Cuando tenga preguntas o necesite ayuda para obtener sus medicamentos con receta fuera del horario habitual de atención de la farmacia, llame al **Departamento de Atención al Cliente de MedImpact (MedImpact Help Desk)** al **1-800-788-2949**.

Es buena idea obtener sus medicamentos con receta en la misma farmacia. Cuando obtenga sus medicamentos con receta en Denver Health, sus proveedores podrán revisar sus registros médicos para obtener una lista de sus medicamentos. Cuando obtenga sus medicamentos con receta fuera de Denver Health, debe comunicarles a sus proveedores porque las farmacias fuera de Denver Health no actualizan los registros médicos de DHMP.

DHMP cuenta con una lista de medicamentos cubiertos. A esta lista se la conoce como *Formulario de medicamentos*. Si su proveedor emite una receta para un medicamento con receta que no se encuentra en el *Formulario de medicamentos*, puede haber otro medicamento en la lista que se ajuste de la misma manera a sus necesidades. Su proveedor puede decidir cuándo un medicamento del *Formulario de medicamentos* es adecuado para usted. Si su proveedor no desea cambiar el medicamento, tendrá que completar un formulario de aprobación previa y explicarle a DHMP por qué se necesita ese medicamento. DHMP les informará a usted, su proveedor y su farmacia si pagará o no por el medicamento.

Es posible que ciertos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los medicamentos de venta libre del *Formulario de medicamentos* solamente se pueden obtener en Denver Health. Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto.

Estos incluyen medicamentos para los siguientes fines:

- Uso cosmético. Cosas como productos antiarrugas, para la remoción de vello y para el crecimiento del cabello.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- Suplementos dietéticos que no están en el *Formulario de medicamentos*. Cosas como vitaminas, hierbas medicinales, etc.
- Infertilidad. Para ayudar a las mujeres a quedar embarazadas.
- Pigmentación/despigmentación. Para cambiar el color de la piel.
- Desempeño/disfunción sexual. Viagra, Cialis, Levitra, etc.
- Pérdida de peso.
- Atención en investigación o experimental.
- Medicamentos con receta no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para cualquier enfermedad.
- Vacunas de viaje recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) solo para viajar fuera de los Estados Unidos. Las vacunas cubiertas se enumeran en el *Formulario de medicamentos*.

Farmacia por Correo

DHMP ofrece Farmacia por Correo. Farmacia por Correo le permite ahorrar tiempo ya que le envía a su casa sus medicamentos con receta para un suministro para 90 días. Gracias a que Pharmacy Retail by Mail (servicio de farmacia con envíos por correo) le entrega recetas para un suministro para 90 días, usted solamente necesitará renovar sus medicamentos con receta cuatro veces al año. Puede inscribirse en Farmacia por Correo utilizando la aplicación MyChart o llamando al Centro de Llamadas de Farmacias al 303-436-4488.

Las medicaciones que están cubiertas tienen un costo de \$0. Usted no necesita dejar una tarjeta de crédito registrada si solo desea que Farmacia por Correo le envíe a su casa medicaciones cubiertas. Cuando su domicilio cambie, llame al **Centro de Llamadas de Farmacias** al **303-436-4488** o complete un FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN y envíelo a 500 Quivas Street, Suite A, Denver, CO 80204. Asegúrese de marcar debidamente el formulario para indicar el cambio de domicilio. La farmacia solo puede enviar sus medicamentos con receta en el estado de Colorado.

La farmacia ambulatoria puede enviar por correo medicaciones controladas y entregar medicaciones especializadas. Para renovar los medicamentos con receta en Farmacia por Correo, llame a la Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line) al 303-436-4488.

Para obtener información sobre sus beneficios de farmacia, visite <http://www.denverhealthmedicalplan.org> y haga clic en Child Health Plan Plus. En este sitio web, usted puede:

- Hacer clic en el enlace Formulary/Drug List (*Formulario/Lista de medicamentos*) para ver la lista de medicamentos cubiertos. Este enlace también explica las restricciones del *Formulario de medicamentos*, los límites o cuotas, cómo su proveedor puede solicitar una aprobación previa o una excepción, y el proceso de su plan para realizar sustituciones de genéricos, intercambios terapéuticos y terapias escalonadas. Estos pasos en conjunto se denominan procedimientos de gestión farmacéutica.
- Acceder al formulario de aprobación previa (prior authorization required, [PAR])/formulario de solicitud de excepción para comenzar una aprobación previa. Esto también se denomina solicitud de excepción.
- Hacer clic en el enlace al portal para miembros. Regístrese con su id. del miembro para iniciar sesión y:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- buscar en el *Formulario de medicamentos* para verificar cuándo se cubre su medicamento
- buscar una farmacia cercana a usted
- buscar interacciones medicamentosas y efectos secundarios comunes de los medicamentos

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al **1-800-700-8140**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 4) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN CUANDO SE ENCUENTRE LEJOS DE SU HOGAR

Cuando se encuentre fuera del área de Denver, recibirá cobertura solo para los servicios de atención de emergencia y urgencia.

Cuando se encuentre fuera del área de Denver y necesite atención de emergencia o urgencia, acuda a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia más cercano.

Si la sala de emergencias o el centro de atención de urgencias deciden que deben internarlo en un hospital, el centro deberá comunicarse con la **Línea de Hospitalización Fuera de la Red (Out-Of-Network Hospitalization Line) de DHMP** llamando al **303-602-2162** lo antes posible e infórmenos sobre su hospitalización. DHMP se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención que necesite. Cuando su salud mejore lo suficiente, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMP lo transfiera a Denver Health. Si usted se niega ser transferido a Denver Health, tal vez deba pagar por el resto de los servicios que reciba en el otro hospital.

Viajes fuera del país

Los servicios brindados fuera del país están cubiertos solo para atención de emergencia. Cuando tenga una emergencia fuera del país, debe acudir al establecimiento médico más cercano. Informe al hospital que la factura detallada del hospital debe enviarse a:

Denver Health CHP+
P.O. Box 24992
Seattle, WA 98124-0992

Cuando el hospital acepte facturarnos y acepte nuestro pago, el hospital recibirá un reembolso directo por los servicios cubiertos.

Si el hospital no acepta nuestro pago, usted debe pagarle al hospital. Cuando tenga que pagar directamente al hospital, le recomendamos que pague con una tarjeta de crédito porque la compañía de la tarjeta de crédito convertirá automáticamente la moneda extranjera a dólares estadounidenses. Requerimos una prueba de pago para reembolsarle. Por ejemplo, un recibo y la documentación del monto pagado en dólares estadounidenses. Consulte las instrucciones enumeradas anteriormente en esta sección para obtener más información.

Cuando regrese a casa, contáctenos. Es posible que necesitemos registros médicos por los servicios recibidos. Usted es responsable de proveer estos registros médicos y puede ser necesario proporcionar una traducción de los registros médicos al inglés.

Usted podrá ser responsable del pago de los servicios de atención recibidos si no son servicios de atención de emergencia.

Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar

Solicite una renovación temprana antes del traslado. Usted puede obtener medicamentos con receta en las principales cadenas de farmacias en todo Colorado que acepten el plan de salud de DHMP. Fuera de Colorado, los medicamentos con receta solo están cubiertos para situaciones de emergencia por un suministro máximo para 3 días. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMP consigo para mostrársela al farmacéutico.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 5) ATENCIÓN DE SALUD PARA LA MUJER

Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar pueden ayudar a las mujeres y a los hombres a elegir si, o cuándo, quedar embarazadas o convertirse en padres. Los servicios de planificación familiar incluyen diferentes tipos de control de la natalidad, como píldoras anticonceptivas y visitas al consultorio para hablar sobre planificación familiar y cómo tomar decisiones saludables sobre la reproducción.

Puede acudir a un proveedor de DHMP o a cualquier proveedor que acepte Health First Colorado (programas CHP+) para planificación familiar. No necesita obtener una aprobación previa o una remisión para ningún proveedor, independientemente de si está dentro de la red o no. Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen: un ginecólogo u obstetra/ginecólogo, un enfermero obstetra certificado, una clínica de planificación familiar, un enfermero profesional o su médico habitual.

Consulta a un obstetra o ginecólogo (obstetricia y ginecología):

No necesita una aprobación previa ni una remisión para consultar a un obstetra o ginecólogo de DHMP para recibir servicios durante el embarazo o atención femenina de rutina. Si tiene más de tres meses de embarazo y es un nuevo miembro de DHMP, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo, incluso si su obstetra o ginecólogo se encuentra fuera de la red de DHMP. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Atención durante el embarazo

Si cree que está embarazada, programe una visita al consultorio con su proveedor inmediatamente. La atención médica temprana es muy importante cuando está embarazada. Su proveedor la ayudará a recibir toda la atención médica necesaria antes, durante y después de dar a luz a su bebé.

Denver Health ofrece clases de atención maternal. Para acceder a las clases, llame al 303-602-5526 o para obtener más información, visite <https://www.denverhealth.org/services/womens-health/maternity-pregnancy>.

Cómo inscribir a su recién nacido en DHMP

Todos aquellos bebés que nazcan de madres que sean miembros de DHMP quedan cubiertos desde la fecha de nacimiento hasta 30 días calendario o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Puede inscribir a su hijo en DHMP, de la misma manera que la madre lo hizo, y este recibirá atención en Denver Health. Debe llamar a **Child Health Plan Plus (CHP+)** al **1-800-359-1991** para agregar al bebé a su caso. Su bebé estará cubierto por su cobertura solo durante 30 días; después tendrá que solicitar la cobertura para su hijo recién nacido. Un especialista en elegibilidad e inscripción de CHP+ puede ayudarle con ese proceso.

Miembros adultos en el Programa de Atención Prenatal

Los hijos recién nacidos de las mujeres aprobadas para el Programa de Atención Prenatal de CHP+ están automáticamente cubiertos por CHP+ durante 12 meses a partir de la fecha de nacimiento. Comuníquese con Elegibilidad e Inscripción de CHP+ al 800-359-1991 para inscribir a su bebé. Después de tener a su bebé, aún podría ser elegible para la cobertura de CHP+. Las madres del programa prenatal CHP+ pueden recibir hasta 12 meses de cobertura después del nacimiento del bebé. Llame a Inscripción de CHP+ al 800-359-1991 para informar su embarazo y cuándo tendrá al bebé.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 6) ATENCIÓN DE NIÑOS

Servicios de intervención temprana (EIS):

Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Estos servicios son para niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Estos servicios pueden ayudar a mejorar la capacidad de los niños para desarrollarse y aprender. Los EIS también les enseñan a usted y a su familia a ayudar en el crecimiento de su hijo. Los EIS incluyen educación, formación y ayuda en el desarrollo infantil, educación para padres, terapias y otras actividades. Estos servicios están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de su hijo. Lo ayudan a su hijo a desarrollar sus habilidades cognitivas, del habla, de comunicación, físicas, motoras, de la visión, de la audición, sociales-emocionales y de autoayuda.

Se trata de un programa opcional y no discrimina por motivos de raza, cultura, religión, nivel de ingresos ni discapacidad.

Para obtener más información sobre los EIS, comuníquese al **1-888-777-4041** o visite <http://www.eicolorado.org>.

Controles del niño recomendados con su PCP

Debe recibir todos los controles necesarios y recomendados para que su PCP pueda detectar señales tempranas de enfermedad. También debe utilizar sus visitas de control para asegurarse de que reciba todas las vacunas adecuadas.

DHMP recomienda los siguientes controles y evaluaciones de detección:

Edad	Controles/evaluaciones de detección
0 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> ● Controles del niño sano/físicos. 8 visitas ● Beneficios dentales. Cada 6 meses a partir de 1 año de edad ● Beneficios de audición. 1 control en el hospital al nacer. 2 controles posteriores ● Oftalmología. 1 control
18 meses a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Controles del niño sano/físicos. 3 visitas ● Beneficios dentales. Cada 6 meses ● Beneficios de audición. 1 control después de cada efusión del oído medio ● Oftalmología. 1 control a los 2 años de edad
3 a 20 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Controles del niño sano/físicos. 1 visita por año ● Beneficios dentales. Cada 6 meses ● Beneficios de audición. 1 control a los 4-6, 8 y 10 años de edad ● Oftalmología. 1 control por año calendario

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Vacunas para niños y adolescentes

Una de las mejores cosas que puede hacer por su hijo es que reciba vacunas regularmente. El PCP de su hijo puede aplicarle las vacunas en su consultorio durante los controles. Los niños necesitan estas vacunas para quedar protegidos contra enfermedades.

Cronograma de vacunas:

Edad	Vacunas
Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año	<ul style="list-style-type: none"> ● Hepatitis B. ● DTaP. Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina. ● Vacuna inactivada contra la poliomielitis (inactivated poliovirus vaccine, IPV). Poliomielitis. ● Hib. Haemophilus influenza tipo b. ● Vacuna antineumocócica conjugada (pneumococcal conjugate vaccine, PCV). Neumocócica. Previene la neumonía. ● Vacuna contra el rotavirus (rotavirus vaccine, RV). Rotavirus. Virus estomacal. ● Influenza. Gripe estacional. A partir de los 6 meses de edad.
1 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Hepatitis A. ● Hepatitis B. ● Hib. ● Poliomielitis. ● Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (measles, mumps, rubella, SPR). Previene el sarampión, las paperas y la rubéola. ● Varicela. Previene la varicela si el niño no ha tenido varicela. ● DTaP. ● Neumocócica. ● Meningocócica. Previene la meningitis. ● Influenza. Cada 6 meses
4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> ● DTaP. ● Poliomielitis. ● SPR. ● Varicela. Varicela. ● Influenza. Cada 6 meses.
11 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Tdap. Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina. ● VPH. Virus del papiloma humano. Previene las verrugas genitales. ● Meningocócica. Previene la meningitis. ● Influenza. Anual.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

13 a 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse. • Influenza. Anual.
Adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Tétanos y difteria (tetanus-diphtheria, TD). Previene el tétanos y la difteria. Cada 10 años • Influenza. Anual.

Vacunas para niños y adolescentes

Las vacunas para niños y adolescentes están cubiertas según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Todas las vacunas recomendadas son un beneficio cubierto por un proveedor de la red o una farmacia contratada sin costo para el miembro.

La vacuna contra el VPH está cubierta para las niñas y los niños elegibles. Se recomienda enfáticamente evitar las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino para las niñas.

Se recomienda que los niños reciban una vacuna contra la gripe cada año. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMP sugiere especialmente la vacuna contra la gripe para las siguientes personas:

- todos los niños en riesgo elevado
- niños con problemas de salud de larga duración o con un problema en el sistema inmunitario o niños con asma
- niños de 6 a 59 meses de edad (4 años y 11 meses)
- niños con hermanos y hermanas menores de 6 meses de edad
- personas que se encuentran en cercanía de otras personas con problemas de salud, como asma y enfermedad cardíaca o pulmonar
- mujeres embarazadas que tengan más de 3 meses de embarazo durante la temporada de gripe (de diciembre a mayo)

Consulte la tabla Cronograma de vacunas de este manual para obtener más información sobre las vacunas.

>> 7) PROGRAMAS DE ATENCIÓN ESPECIAL

DHMP cuenta con varios servicios para asistirlo cuando usted tiene necesidades de atención médica especiales. Aquí se presentan algunos ejemplos de problemas de salud considerados como necesidades especiales de atención médica:

- Problemas de salud que duren más de un año. Cosas como presión arterial alta o asma.
- Problemas de salud que requieran el uso de dispositivos especiales como sillas de ruedas o tubos de oxígeno.
- Problemas de salud que limiten severamente sus actividades emocionales, físicas o de aprendizaje.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Llame al equipo de Gestión de la Atención al 303-602-2184 para obtener más información. También puede hablar con su PCP cuando tenga necesidades especiales médicas.

Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas

Si usted es un miembro nuevo con necesidades de atención médica especiales, puede seguir viendo a su proveedor que no pertenece a DHMP durante sesenta días después de inscribirse en DHMP. Su proveedor que no pertenece a DHMP debe acceder a trabajar con DHMP durante esos 60 días.

Cuando usted esté en el segundo o tercer trimestre de su embarazo y sea un miembro nuevo de DHMP, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual y completar la atención hasta el parto, incluso cuando su obstetra o ginecólogo se encuentre fuera de la red de DHMP. Cuando se atiende con un proveedor fuera de la red, este deberá presentar una aprobación previa para los servicios y debe comunicarse con Servicios del Plan de Salud para obtener más información. Tendrá 90 días a partir de la fecha de inscripción para solicitar la cancelación de la inscripción e inscribirse en otro plan de la Organización de Atención Administrada si desea hacerlo.

Usted puede también mantener su proveedor de atención médica domiciliaria o de equipo médico durable (durable medical equipment, DME) durante setenta y cinco días después de unirse a DHMP. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMP durante esos 75 días. **Equipo médico durable (DME):** equipo médico reutilizable cuando hay una necesidad médica de atención o terapia para una enfermedad o afección física. Los ejemplos incluyen oxígeno, sillas de ruedas, andadores y algunos equipos de seguridad para el baño o el dormitorio. **Atención médica a domicilio:** servicios de enfermería especializada, servicios de auxiliar de enfermería certificado (certified nurse aide, CNA), terapia física, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla/lenguaje brindados en su hogar por una agencia de atención médica a domicilio con licencia y certificación

Usted debe comunicarle a DHMP quiénes son estos proveedores. También debe comunicarnos que desea seguir viendo a estos proveedores hasta que su atención médica sea transferida. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Cuando usted tenga una afección de salud especial que requiera que consulte a un especialista, necesitará una aprobación previa para cierta cantidad de visitas para consultar al especialista o usar a este médico como su PCP.

Cuando el especialista que usted debe consultar pertenece a la red de Denver Health, no se necesita aprobación previa. Cuando el especialista que usted consulta se encuentre fuera de la red de Denver Health, su PCP puede remitirlo y la Gestión de la Utilización de Servicios revisará la solicitud.

Servicios de gestión de atención

La Gestión de la Atención de DHMP ofrece programas específicos para ayudar a los miembros a manejar problemas de salud crónicos:

- Nuestro **Programa de Presión Arterial** se centra en mejorar el control de la presión arterial mediante la educación, el apoyo, el control y la coordinación de las citas.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- Nuestro **Programa de Diabetes** está diseñado para ayudar a la salud de los miembros con diabetes a través de la educación y el apoyo, un mejor compromiso con los médicos de atención médica, cambios en el estilo de vida y el comportamiento, acceso a servicios de salud mental y remisiones a programas de apoyo entre pares y otros apoyos comunitarios.
- Nuestro **Programa de Atención Materna de Alto Riesgo** está disponible para los miembros de CHP+ y los ayuda a mejorar el acceso a la atención prenatal temprana, ofrece educación y apoyo, coordina las remisiones basadas en la comunidad y ayuda con los traslados a las visitas de los proveedores. El equipo de Gestión de la Atención de DHMP trabaja directamente con Women's High-Risk Clinic (Clínica de Alto Riesgo para las Mujeres) de Denver Health Hospital Authority (DHHA) para ofrecer pruebas de detección y acceso a servicios de salud mental y de otro tipo en la clínica.
- Nuestro **Programa de Necesidades de Atención Médica Especiales** se centra en la coordinación de beneficios y la atención a los miembros con necesidades especiales de atención médica. El programa apoya el acceso a la atención, la coordinación de las exenciones y otros beneficios, el acceso a la enfermería privada (private duty nursing, PDN) y a los servicios pediátricos médicos a domicilio a largo plazo (pediatric long term home health services, PLTHH), el acceso a los recursos basados en la comunidad y el apoyo con la obtención de traslados a las visitas de proveedores.
- Nuestro **Programa de Acogida** está diseñado para apoyar las necesidades específicas de los miembros que se encuentran en hogares temporales. Los gestores de atención trabajan directamente con la clínica de acogida de Denver Health and Hospital Authority (DHHA) para mejorar el acceso a los servicios, incluidos los exámenes de seguridad para los miembros que ingresan a hogares temporales. Los gestores de atención brindan servicios integrales para satisfacer las necesidades únicas de los miembros en hogares temporales.

Los Programas de Gestión de Afecciones de atención se ofrecen sin costo para el miembro. Los miembros pueden optar por la autorremisión y pueden optar por no participar en ningún momento. Los miembros que deseen autorremitirse a un Programa de Manejo de Afecciones pueden llamar al 303-602-2184 o enviar un correo electrónico a Gestión de la Atención al DHMPCC@dhha.org.

Servicios de coordinación de atención

Los Servicios de Coordinación de Atención se ofrecen a los miembros que deseen apoyo para hacerse cargo de su atención, pero que no puedan participar en otros programas de gestión de la atención. Los servicios incluyen lo siguiente:

- apoyo para solicitudes/membresía
- apoyo de los recursos comunitarios
- manejo de enfermedades
- educación
- evaluación de las necesidades de salud
- gestión de la medicación
- coordinación de proveedores de atención

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- ayuda para obtener traslados a las visitas de proveedor
- recordatorios de citas
- apoyo con la seguridad alimentaria

La coordinación de atención es un servicio gratuito para el miembro. Los miembros pueden optar por la autorremisión y pueden optar por no recibir los servicios en cualquier momento. Los miembros que deseen autorremitirse a Servicios de Coordinación de Atención pueden llamar al **303-602-2184** o enviar un correo electrónico a Gestión de la Atención a DHMPCC@dhha.org.

Gestión de la Utilización de Servicios

La Gestión de la Utilización de Servicios trabaja directamente con los hospitales, los médicos, las agencias de servicios de atención domiciliaria, las empresas de DME y otros proveedores para garantizar que usted reciba la atención que corresponda en el entorno adecuado.

La Gestión de la Utilización de Servicios recibe solicitudes de remisiones de su médico. Nos aseguramos de que la remisión sea un beneficio cubierto. Nos aseguramos de que la atención sea médicamente necesaria. Debe tener una aprobación previa cuando reciba atención fuera de la red de Denver Health. Algunos servicios de atención dentro de la red de Denver Health necesitan una aprobación previa.

Estas son algunas cosas que requieren aprobación previa: atención médica a domicilio, equipo médico durable (DME) y toda la atención que no se presta en un centro de Denver Health. Consulte la sección Sus beneficios de DHMP en este manual para obtener una lista de los servicios que requieren aprobación previa. Su proveedor trabajará con la Gestión de la Utilización de Servicios para obtener una aprobación previa cuando sea necesario.

Si tiene preguntas sobre la atención, la aprobación previa o una decisión que tomamos, puede llamar a Servicios del Plan de Salud. También puede presentar una apelación cuando no esté de acuerdo con una decisión de remisión que la Gestión de la Utilización de Servicios tome con respecto a su remisión. Consulte la sección ¿Qué es una apelación? de este manual para obtener más información.

Puede llamar a Servicios del Plan de Salud cuando desee saber qué información utiliza DHMP al tomar decisiones o cómo nos aseguramos de que usted reciba atención de calidad.

Médicamente necesario

En este manual, puede ver los términos “médicamente necesario” o necesarios para la atención. Este término se usará cuando se discutan los beneficios que estarán cubiertos por este plan. Si un servicio no es médicamente necesario, como la cirugía plástica, DHMP no cubrirá el costo. Los **servicios médicamente necesarios** incluyen cualquier programa, producto o servicio cubierto que se ofrezca en el entorno más adecuado requerido por su afección y que no cueste más que otras opciones de atención igualmente eficaces. Incluyen servicios que prevendrán, diagnosticarán, curarán, corregirán o mejorarán lo siguiente (o se espera razonablemente que lo hagan) y se brindan de manera coherente con los estándares aceptados de la práctica médica como los siguientes:

- Dolor y sufrimiento.
- Efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- Estos servicios también pueden incluir atención que consista solo en observación.
- Servicios médicamente necesarios que no incluyan:
 - atención que no se ha probado o que aún se está probando
 - servicios o artículos que no son generalmente aceptados como eficaces
 - servicios fuera del curso y duración normal de la atención
 - servicios que no tienen pautas clínicas
 - servicios para la conveniencia del miembro, del cuidador o del proveedor

Pautas de práctica clínica

Las pautas de práctica clínica pueden ayudarlos a usted y a sus médicos a tomar buenas decisiones relacionadas con su atención. Las pautas se basan en abundante investigación y enumeran las mejores opciones de atención para ciertas afecciones. Denver Health usa pautas para garantizar que usted siempre reciba la mejor atención en todas sus visitas al médico. Esto ayuda a garantizar que no reciba servicios que no necesita o que no ayudarían a su estado de salud.

Para encontrar más información sobre las pautas de práctica clínica en:

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program>. También puede solicitar una copia de estas pautas de forma gratuita llamando a Servicios del Plan de Salud.

>> 8) SUS BENEFICIOS DE DHMP

Esta es una lista de sus beneficios de Child Health Plan Plus (CHP+) con DHMP. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMP para ver si es médicamente necesario. El hecho de que un proveedor recete, recomiende o apruebe un servicio, atención o suministro no garantiza el pago por nuestra parte.

TIPO DE COBERTURA DE LA PARTE A

1. TIPO DE PLAN	Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)
2. ¿ESTÁ CUBIERTA LA ATENCIÓN FUERA DE LA RED?	Solo para atención de emergencia, urgencia o planificación familiar
3. ÁREAS DE COLORADO EN LAS QUE EL PLAN ESTÁ DISPONIBLE	El plan está disponible solo en las siguientes áreas: los condados de Denver, Jefferson, Arapahoe y Adams

RESUMEN DE BENEFICIOS DE LA PARTE B

NOTA IMPORTANTE: Este formulario no es un contrato. Es solo un resumen. Su plan puede excluir la cobertura de cierta atención, diagnósticos o servicios que no se indican a continuación. Los beneficios que se muestran en este resumen solo pueden estar disponibles cuando se siguen los procedimientos del plan requeridos.

P. ej., los planes pueden requerir aprobación previa, una remisión de su médico de atención primaria o el uso de proveedores o centros específicos. Consulte el *Manual para miembros* para determinar los términos y las condiciones exactos de cobertura.

SOLO DENTRO DE LA RED La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique.	
TIPO DE DEDUCIBLE ¿Cuál es el límite máximo de desembolso directo?	No se aplican deducibles.
DEDUCIBLE ANUAL a) Individual, una persona b) Familiar, más de una persona	a) No se aplican deducibles. b) No se aplican deducibles.
LÍMITE MÁXIMO DE GASTOS DE DESEMBOLSO DIRECTO ANUAL a) Individual b) Familiar c) ¿El deducible está incluido en el límite de gastos de desembolso directo?	a) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. b) No se aplica límite máximo de gastos de desembolso directo anual. c) No se aplican deducibles.
LÍMITE MÁXIMO DE BENEFICIO O DE POR VIDA PAGADO POR EL PLAN EN CONCEPTO DE TODA ATENCIÓN	Sin máximo de por vida con excepción de los trasplantes de órganos principales

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

PROVEEDORES CUBIERTOS	Proveedores de Denver Health and Hospital Authority, Denver Health Medical Center (Centro Médico de Denver Health) y Centro de Salud Comunitario Stride. Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> para obtener una lista completa de los proveedores actuales.
Con respecto a los planes de la red, ¿puedo acceder a todos los proveedores mencionados anteriormente a través de mi médico de atención primaria?	Sí
PERÍODO DURANTE EL CUAL NO SE CUBREN LAS AFECCIONES PREEXISTENTES	No corresponde. El plan no impone plazos de limitación para afecciones preexistentes.
¿QUÉ ATENCIÓN Y AFECCIONES ESTÁN EXCLUIDAS DE ESTA PÓLIZA?	Las exclusiones varían según la póliza. La lista de exclusiones está disponible inmediatamente cuando lo solicite o en el <i>Manual para miembros</i> . Revíselas para ver si un servicio o atención que usted necesita pudiera estar excluido de la póliza.
COPAGOS. Es un monto fijo que usted paga cuando recibe un servicio de atención cubierto.	Sin copago para todos los servicios cubiertos

Inclusiones y exclusiones: SOLO DENTRO DE LA RED La atención fuera de la red no está cubierta, excepto cuando se indique.	
	✓ Esta marca de verificación significa que el servicio es un beneficio cubierto. × Esta marca x significa que el servicio no es un beneficio cubierto.
Servicios de ambulancia y transporte	Sin copago. Cobertura del 100%. DHMP ofrece servicios de ambulancia para emergencias médicas. Los vehículos ambulancia deben estar diseñados para transportar enfermos o heridos, y contar con la licencia correspondiente. Servicios no cubiertos <ul style="list-style-type: none"> × Transporte comercial, avión privado o automóvil, taxi aéreo o ambulancia para sillas de ruedas. × Transporte en ambulancia si no hay emergencia. × Si llama a una ambulancia y decide no usar el transporte, entonces usted tendrá que pagar los gastos. × Transporte en ambulancia desde la emergencia hasta su hogar.
Atención dental	Los servicios dentales no están cubiertos por DHMP, excepto en algunos casos que se describen a continuación. DHMP ofrece cobertura médica y no debe ser considerado como un proveedor de servicios dentales. Los miembros de CHP+ son elegibles para recibir cobertura dental a través de DentaQuest.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<p>Comuníquese con DentaQuest al 1-888-307-6561 para conocer los beneficios específicos relacionados con la odontología.</p> <p>Casos en los que DHMP cubrirá ciertos servicios dentales. Deben ser aprobados previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios dentales relacionados con accidentes. Esto incluye la reparación de dientes sanos (dientes completos y sanos que no necesitan más que el relacionado con el accidente) o de tejido corporal relacionado, en un plazo de 72 horas después de un accidente. ✓ Internaciones para recibir atención dental: no incluye los cargos por los servicios dentales, solo si el miembro tiene una afección física no relacionada con la salud dental que hace que la hospitalización sea médicamente necesaria. ✓ Aplicación de barniz de fluoruro hasta 2 veces al año para niños de entre 0 y 4 años. ✓ Procedimientos con base médica para paladar hendido y labio leporino. Consulte la lista de procedimientos a continuación. <p>Procedimientos médicamente necesarios para paladar hendido y labio leporino. (El miembro no debe tener ningún otro plan de salud dental):</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de cirugía bucal y facial, y servicios relacionados, incluida la atención de seguimiento • atención protésica • atención de ortodoncia médicamente necesaria • atención de otorrinolaringología <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Restauración de los dientes, la boca o la mandíbula por morder o masticar mal × Restauraciones que no son médicamente necesarias × Servicios dentales para pacientes hospitalizados o ambulatorios, excepto la situación descrita anteriormente × Aumento o reducción de la mandíbula superior o inferior × Dispositivos artificiales implantados y de injerto óseo para el desgaste dental × Terapia de articulación temporomandibular (ATM) o cirugía a menos que tenga una base médica
<p>Servicios de intervención temprana</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>Los servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) son servicios que dan apoyo a los niños que tienen necesidades especiales de desarrollo. Consulte la sección Servicios de intervención temprana de este manual para obtener más información. Los siguientes son algunos de los servicios que se ofrecen ilimitadamente a través de EIS para niños de 0 a 3 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ terapia física ✓ terapia del habla ✓ terapia ocupacional <p>De lo contrario, hasta 30 visitas por año calendario por diagnóstico</p>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

<p>Servicios de atención de emergencia, de urgencia y fuera de horario de atención</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. No se necesita aprobación previa dentro o fuera de la red. Consulte las secciones Emergencia y Atención de urgencia en este manual para obtener más información acerca de estos servicios.</p>
<p>Planificación familiar/salud reproductiva</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. No hay aprobación previa ni remisión para ningún proveedor, independientemente de si está dentro de la red o no. Puede ser un PCP o un obstetra o ginecólogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inyección de Depo-Provera para fines de control de la natalidad ✓ Colocación de diafragma o de capuchón cervical ✓ Implantación y extracción quirúrgica de un dispositivo anticonceptivo ✓ Colocación, inserción o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU) ✓ Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética ✓ Pruebas y atención para ITS (infecciones de transmisión sexual) y VIH <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Esterilización quirúrgica. Por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía, y servicios relacionados × Reversión de los procedimientos de esterilización × Productos anticonceptivos de venta libre, como preservativos y espermicida × Asesoramiento y pruebas genéticas antes de la concepción, de paternidad o solicitados por un tribunal. Por ejemplo, pruebas para determinar el sexo o las características físicas del bebé × Interrupción electiva del embarazo, excepto cuando: <ul style="list-style-type: none"> • la interrupción electiva sea necesaria para salvar la vida de la madre • el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto
<p>Servicios de alimentación y nutrición</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Los servicios de nutrición deben ser ofrecidos por un terapeuta con licencia dentro de la red. Todos los servicios deben aprobarse previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapia enteral y nutrición parenteral (total parenteral nutrition, TPN): Estos servicios se prestan normalmente a través de una agencia de atención médica a domicilio. ✓ Alimentos médicos para uso doméstico para trastornos hereditarios enzimáticos involucrados con el metabolismo de los aminoácidos, ácidos orgánicos y ácidos grasos. ✓ Asesoramiento en nutrición para personas diabéticas. ✓ Servicios nutricionales en cuidados paliativos: Evaluación nutricional, asesoramiento y alimentación si se determina que son médicamente necesarios. ✓ Alimentos formulados para trastornos metabólicos. ✓ Evaluación nutricional y terapia cuando sean médicamente necesarias. ✓ Aparatos de alimentación y evaluaciones alimentarias necesarios cuando no es posible la ingesta normal de alimentos. ✓ Valoración nutricional por obesidad/sobrepeso. ✓ Leche materna humana cuando sea necesaria para la supervivencia del bebé.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<p>Cualquier equipo relacionado con los servicios de nutrición estará sujeto al límite de DME Consulte la sección Equipos e insumos médicos en esta tabla.</p> <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Alimentación por sonda, alimentación enteral o cualquier tipo de alimento o comida que no sea médicamente necesario o solicitado por los motivos antes expuestos × Programas de pérdida de peso, de ejercicios o de gimnasio × Leche maternizada, excepto para los metabólicos × Clínicas de alimentación
<p>Atención de afirmación de género</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen salud conductual, terapia hormonal y procedimientos quirúrgicos. Los siguientes requisitos se aplican a toda la atención de afirmación de género cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El miembro tiene un diagnóstico clínico de disforia de género. ✓ El servicio solicitado es médicamente necesario. ✓ Cualquier afección de salud física y conductual coexistente no interfiere con la claridad diagnóstica o la capacidad de consentimiento, y se han discutido los riesgos y beneficios asociados. ✓ El miembro dio su consentimiento informado para el servicio. ✓ Sujeto a las excepciones en los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.) § 13-22-103, si el miembro es menor de 18 años, los padres o tutores legales del miembro dieron su consentimiento informado para el servicio. <p>Terapia hormonal</p> <p>Terapia con hormona liberadora de gonadotropinas (Gonadotropin-Releasing Hormone Therapy, GnRH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente. ✓ Cumple con los criterios de farmacia correspondientes a la sección 8.800. ✓ Ha alcanzado el estadio 2 de Tanner. <p>Terapia hormonal de afirmación de género</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente. ✓ Cumple con los criterios de farmacia correspondientes a la sección 8.800. ✓ Se le informó sobre los posibles efectos reproductivos de la terapia hormonal, incluida la posible pérdida de fertilidad, y de las opciones disponibles para preservar la fertilidad. ✓ Ha alcanzado el estadio 2 de Tanner. ✓ Si es menor de 18 años, demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para comprender las posibles repercusiones de la atención. <p>Otros requisitos de terapia hormonal para afirmación de género incluyen lo siguiente:</p>

- ✓ Antes de comenzar la terapia hormonal para afirmación de género, un profesional de atención con licencia que tenga competencias en la evaluación de personas transgénero y de género diverso debe determinar que se han evaluado las afecciones de salud conductual que podrían afectar negativamente el resultado de la atención, y que se han discutido los riesgos y beneficios con el miembro.
- ✓ Durante los primeros doce meses de la terapia hormonal para afirmación de género, el miembro debe recibir evaluaciones médicas con la frecuencia que el proveedor que emite la receta determine como clínicamente adecuada.

Procedimientos quirúrgicos

La cirugía de afirmación de género se refiere a una cirugía para cambiar las características sexuales primarias o secundarias con el fin de afirmar la identidad de género de una persona. Esto también se conoce como cirugía de confirmación de género o cirugía de reasignación de género.

Los procedimientos quirúrgicos cubiertos son beneficios para un miembro que:

- ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente.
- ✓ Tiene 18 años de edad o más.
- ✓ Ha completado seis meses continuos de terapia hormonal, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona.
 - Este requisito no se aplica a las cirugías de mastectomía.
 - Se requieren doce meses continuos de terapia hormonal para la mamoplastia, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona.
- ✓ Comprende el efecto potencial de la cirugía de afirmación de género sobre la fertilidad.

El director de Gestión de la Utilización de Servicios de la Organización de Atención Gestionada (Managed Care Organization, MCO) revisará las solicitudes de cirugías de afirmación de género médicamente necesarias.

Los siguientes son ejemplos de cirugías que pueden cubrirse cuando se cumplen los criterios anteriores. Esta lista no es exhaustiva:

- ✓ cirugías genitales
- ✓ cirugías de senos/pecho
- ✓ cirugías faciales y de cuello

Servicios no cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de atención de afirmación de género:

- × reversión de procedimientos quirúrgicos cubiertos
- × cualquier artículo o servicio excluido de la cobertura conforme a la sección 2505-10 8.011.1 del CCR 10

	<p>Solicitudes de aprobación previa</p> <p>Para <i>todos los servicios cubiertos</i>, los requisitos generales para las solicitudes de aprobación previa incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El miembro tiene un diagnóstico clínico de disforia de género. ✓ El servicio solicitado es médicamente necesario. ✓ Cualquier afección de salud física y conductual coexistente no interfiere con la claridad diagnóstica o la capacidad de consentimiento, y se han discutido los riesgos y beneficios asociados. ✓ El miembro dio su consentimiento informado para el servicio. ✓ Sujeto a las excepciones de los C.R.S. § 13-22-103, cuando el miembro sea menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal ha dado su consentimiento informado para el servicio. <p>Para los <i>procedimientos quirúrgicos</i>, además de los requisitos generales anteriores, las solicitudes de aprobación previa deben aportar documentación que demuestre que el miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiene 18 años de edad o más. ✓ Ha completado seis meses continuos de terapia hormonal, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona. <ul style="list-style-type: none"> ○ Este requisito no se aplica a las cirugías de mastectomía. ○ Se requieren doce meses continuos de terapia hormonal para la mamoplastia, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona. <ul style="list-style-type: none"> • Comprende el efecto potencial de la cirugía de afirmación de género sobre la fertilidad.
<p>Educación para la salud</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>La educación para la salud provista por el PCP de su hijo está cubierta. Esto puede incluir información sobre cómo alcanzar y conservar la salud física y mental, y cómo evitar enfermedades y lesiones. Tal vez el médico de su hijo le haga preguntas adecuadas para la edad durante la visita de salud de su hijo. Esto lo ayudará a su PCP a decidir sobre los temas por tratar cuando analicen la educación para la salud de su hijo. La educación de atención materna también se brinda en nuestra clínica para mujeres.</p>
<p>Servicios de atención auditiva</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluaciones de detección de la audición correspondientes a la edad para atención preventiva ✓ Pruebas para evaluar la audición del recién nacido y seguimiento si no se aprueba el examen ✓ Audífonos, cuando sean médicamente necesarios

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

<p>Atención médica a domicilio</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa. Este beneficio se aplica a la atención y a la terapia de infusión intravenosa domiciliarias (terapia IV), e incluye todos los servicios, insumos o terapias que sean médicamente necesarios para el tratamiento debido a una enfermedad o lesión. No se requiere hospitalización previa. Todos los servicios tienen que ser solicitados por su PCP u otro proveedor de la red de DHMP. DHMP debe aprobar todos los servicios y puede revisar los planes de atención médica a domicilio en cualquier momento. Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios de enfermería. ✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras. ✓ Insumos médicos, incluidos los insumos respiratorios. Equipo médico durable para alquiler o compra, oxígeno, aparato, prótesis y aparatos ortopédicos. ✓ Medicaciones intravenosas (IV) y otras medicaciones con receta que normalmente no están disponibles a través de una farmacia minorista. ✓ Servicios nutricionales para ciertos trastornos. Consulte la sección Servicios de alimentación y nutrición. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Cuidado de custodia × Atención que es proporcionada por un enfermero que normalmente vive en la casa del miembro o que es un familiar directo del paciente × Servicios o insumos para confort o conveniencia personal × Servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados × Asesoramiento religioso o espiritual
<p>Cuidados paliativos: Atención que se centra en la comodidad y el apoyo para personas que se encuentran en la etapa final de la vida.</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa. Esto incluye todos los servicios, los insumos o las terapias que son médicamente necesarios para la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitas al proveedor. ✓ Enfermería especializada y enfermería con licencia. Servicios de atención médica que usted necesita, que solo pueden ser proporcionados o supervisados por un enfermero diplomado u otro profesional con licencia. El médico debe solicitar los servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden ser para mejorar o mantener la salud actual, o para evitar que la salud empeore. ✓ Terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla, y otras. ✓ Servicios nutricionales para ciertos trastornos. Consulte la sección Servicios de alimentación y nutrición. ✓ Atención de relevo brindada hasta cinco días continuos por cada 60 días de cuidados paliativos. <p>Para ser elegible para recibir beneficios de cuidados paliativos a domicilio o como paciente hospitalizado, el miembro debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos, según lo certifique el médico a cargo de la atención.</p>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<p>DHMP aprueba inicialmente los cuidados paliativos durante tres meses. Una vez que este período se haya agotado, DHMP trabajará con su PCP y el proveedor de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. DHMP puede revisar los planes de atención médica a domicilio en cualquier momento.</p> <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Servicios de alimentación, comidas o fórmulas que no son médicamente necesarios para los trastornos aprobados × Servicios o insumos para confort o conveniencia personal × Servicios de enfermería privada × Asesoramiento religioso o espiritual × Asesoramiento psicológico para familiares en duelo fuera de los cuidados paliativos
<p>Servicios de trasplante de órganos y de tejido humanos</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Cobertura limitada.</p> <p>La cobertura está disponible para los servicios de trasplante que sean médicamente necesarios y que no sean procedimientos experimentales. Todos los trasplantes se deben realizar en centros de trasplante autorizados. Los servicios están cubiertos conforme a los estándares establecidos por la comunidad médica y por DHMP, y solo se proveen cuando presenta una remisión de su PCP.</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir los servicios cubiertos que figuran en esta sección si se cumplen las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todos los servicios de trasplante se deben realizar en un hospital elegido y aprobado por DHMP. ● DHMP y el hospital aprobado tienen que determinar si el miembro es un candidato para recibir estos servicios. ● Todos los trasplantes deben aprobarse previamente; DHMP tomará la decisión de aprobar el servicio o no. ● Cuando se necesiten servicios de trasplante debido a una emergencia, los servicios pueden realizarse sin aprobación previa. Se debe notificar a DHMP en un día hábil después de la internación. <p>Trasplantes cubiertos con la autorización previa de DHMP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corazón ✓ Pulmón, individual o doble, solo para enfermedad pulmonar en etapa terminal ✓ Corazón y pulmón ✓ Riñón ✓ Riñón y páncreas ✓ Hígado ✓ Médula ósea para miembros con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia, neuroblastoma, linfoma, cáncer de mama de alto riesgo en etapa II o III, o síndrome de Wiskott-Aldrich ✓ Células madre de médula ósea periférica para los mismos procedimientos que figuran para médula ósea ✓ Córnea

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Servicios cubiertos: hospital, médico, quirúrgico, otro

- ✓ Alojamiento y comida para habitación semiprivada, a menos que sea médicamente necesario una habitación privada.
- ✓ Servicios, insumos, medicaciones y terapias necesarias; esto incluye los servicios operativos. Solo se cubre un procedimiento quirúrgico completo a la vez; muchos procedimientos quirúrgicos no se pueden realizar de inmediato.
- ✓ Anestesia.
- ✓ Atención recibida en una unidad de cuidados especiales.
- ✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- ✓ Atención médica, control o consultas a más de un médico, si es médicamente necesario.
- ✓ Visitas de atención médica a domicilio, en el consultorio y otras visitas ambulatorias para el control y la atención del miembro.
- ✓ Evaluación, extirpación quirúrgica y transporte del órgano o tejido donado.
- ✓ Costos de transporte hacia y desde el hospital para la persona que recibe el trasplante y para un adulto Consulte los viajes y el alojamiento a continuación.

Servicios cubiertos para el donante

- Donante significa una persona que dona o da un órgano humano o tejidos humanos para trasplante. Si un donante le ofrece esto a un miembro, sucederá lo siguiente:
- Cuando el receptor es un miembro de DHMP o cuando tanto el receptor como el donante son miembros de DHMP, tanto el donante como el receptor estarán cubiertos para todos los servicios cubiertos enumerados en esta sección.
- Los beneficios del donante se limitan a los que no están disponibles para el donante por parte de cualquier otra fuente.
- Cuando el donante es un miembro de DHMP y el receptor no es miembro de DHMP, no se proporcionarán beneficios para los gastos del donante ni del receptor.

Viajes y alojamiento

Si el miembro debe reubicarse temporalmente para recibir un trasplante cubierto, la cobertura está disponible para viajar a la ciudad donde se realizará el trasplante. Este beneficio también cubrirá los gastos de alojamiento razonables para el miembro y un adulto. Estos gastos se limitan a un máximo de por vida de \$10,000 por trasplante. El alojamiento no puede superar los \$100 por día. Los costos de viaje para el donante no se aplican al límite de gastos de viaje de por vida del miembro, pero sí se aplican al beneficio máximo de por vida en general para los trasplantes.

Beneficio máximo de por vida

La cobertura para todos los trasplantes de órganos cubiertos y todos los servicios relacionados con el trasplante (incluidos el viaje, el alojamiento y los gastos de los donantes y compras) se limita a un beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos vitales de \$1,000,000 por miembro.

	<p>Los montos aplicados al beneficio máximo de por vida incluyen todos los gastos cubiertos para los servicios, atención e insumos relacionados con el trasplante recibidos durante el periodo de beneficios del trasplante; el período de beneficio abarca hasta cinco días antes del trasplante o dentro de un año después del trasplante. Excepción: Las evaluaciones previas al trasplante pueden recibirse más de cinco días antes del trasplante y se pueden considerar como servicios relacionados con el trasplante. La evaluación previa al trasplante no cubre los gastos de viaje y no cuenta para el beneficio máximo de por vida.</p> <p>Cuando un miembro recibe un trasplante cubierto por DHMP y posteriormente requiere otro trasplante del mismo tipo, los gastos cubiertos para el nuevo trasplante se aplican al beneficio máximo de por vida restante a disposición del miembro.</p> <p>Los pagos de los beneficios del trasplante no se aplican a otros límites máximos de beneficios especificados. Los gastos por servicios cubiertos relacionados con el trasplante que superan el beneficio máximo de por vida para los trasplantes de órganos no son pagaderos conforme a este o ningún otro beneficio en este manual.</p> <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Servicios prestados en un hospital que no fue aprobado por DHMP × Servicios prestados si el hospital que DHMP ha aprobado determina que el miembro no es un candidato adecuado para trasplante × Servicios para la búsqueda de donante o compatibilidad de tejidos, o los gastos relacionados × Trasplantes experimentales o de investigación, o cualquier servicio relacionado × Trasplantes de órganos/tejidos distintos a los mencionados en esta sección como cubiertos × Servicios e insumos relacionados con corazones artificiales o mecánicos, o dispositivos de asistencia auricular o ventricular
<p>Servicios en centros para pacientes hospitalizados. Servicios hospitalarios y quirúrgicos.</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa.</p> <p>Servicios para pacientes hospitalizados son los servicios que usted recibe durante su estancia en un hospital por un día o más. Los servicios para pacientes hospitalizados están cubiertos cuando están previamente aprobados o si los necesita debido a una emergencia. Esto incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para la atención de su afección e incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Habitación semiprivada, alojamiento y servicios de enfermería general; incluye habitación en una unidad de atención especial aprobada por DHMP. ✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos. ✓ Cualquier insumo, medicación o atención médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de anestesia. ✓ Rehabilitación médicamente necesaria para recuperar o mejorar funciones perdidas después de una enfermedad o una lesión; límite de 30 días por año calendario y tiene que ser recibida dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la enfermedad o la lesión. ✓ Consulta para recibir una segunda opinión. ✓ Servicios de quimioterapia y radiación.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La cirugía reconstructiva solo se cubre cuando es médicamente necesaria o cuando se realiza una mastectomía (extirpación de uno o ambos senos). <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Gastos de habitación privada, a menos que sea médicamente necesario × Internaciones relacionadas con servicios o procedimientos no cubiertos × Servicios de hogar para personas mayores × Procedimientos para corregir enfermedades o lesiones posteriores que sean consecuencia de que el miembro no siga la atención médica solicitada × Cargos de habitación y alojamiento del centro el día del alta
<p>Servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>Los servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes están cubiertos cuando son necesarios para diagnosticar o controlar un síntoma, una enfermedad o una afección. No se requiere aprobación si se realiza en las instalaciones de Denver Health. Si la atención está fuera de la red, se requiere aprobación.</p> <p>Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Radiografías y otros servicios de radiología. ✓ Servicios de laboratorio y patología. ✓ Ultrasonido para afecciones no relacionadas con el embarazo. Consulte Maternidad y atención del recién nacido en esta tabla para obtener información acerca de ultrasonidos para el embarazo. ✓ Pruebas de detección de alergias: Cutáneas directas y de parche, y pruebas de radioalergoabsorbencia (Radio Allergo Sorbent Test, RAST); el suero para detectar las alergias sí tiene un costo. ✓ Pruebas de la visión y de la audición requeridas para diagnosticar o tratar una lesión o una enfermedad. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico por imágenes relacionados con un servicio no cubierto
<p>Maternidad y atención del recién nacido</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Sin aprobación previa cuando se realiza dentro de la red.</p> <p>Los beneficios se prestan para la maternidad y el cuidado del recién nacido. Usted puede autorremitirse a cualquier proveedor prenatal de la red de DHMP. Los servicios de maternidad y atención del recién nacido incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, o servicios que se brinden en el consultorio del médico, incluida la atención prenatal o el parto vaginal, la cesárea y las complicaciones del embarazo. Incluye anestesia. ✓ Atención de enfermería de rutina para recién nacidos; incluye servicios del médico.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para los recién nacidos, toda la atención y la atención médicamente necesarias de lesiones y enfermedades, incluidos el defecto congénito y las anomalías de nacimiento diagnosticadas médicamente. ✓ Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética. ✓ Circuncisión de un varón recién nacido cubierto. ✓ Interrupción espontánea del embarazo antes de término. ✓ Interrupción electiva del embarazo, solo cuando sea necesario, para salvar la vida de la madre o cuando el embarazo sea el resultado de un acto de violación o incesto. ✓ Dos ultrasonidos prenatales por embarazo, a menos que sea médicamente necesario hacer más y tengan autorización previa. ✓ Las visitas de seguimiento de posparto a domicilio están cubiertas si se realizan a más tardar 72 horas después de que usted y su recién nacido sean dados de alta del hospital: <ul style="list-style-type: none"> ○ educación para los padres ○ evaluaciones físicas ○ evaluación del sistema de apoyo en el hogar ○ ayuda y capacitación en lactancia materna o en biberón ✓ Realización de cualquier prueba materna o neonatal que se realice de forma rutinaria durante el curso habitual de la atención de la madre o el recién nacido como pacientes hospitalizados, incluida la obtención de una muestra adecuada para la evaluación de detección metabólica y de enfermedad hereditaria del recién nacido. Si la madre lo desea, esta visita puede realizarse en el consultorio del médico. ✓ Cubrimos los servicios realizados por un enfermero obstetra certificado participante o una partera. Los siguientes servicios son beneficios cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> ○ asesoramiento, atención o asistencia a una mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto natural en el hogar, y durante el período de posparto de acuerdo con los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.) artículo 12-27-101 y siguientes, que incluye una evaluación de detección metabólica, una visita de posparto, una visita de evaluación previa y el parto y el trabajo de parto ✓ No limitaremos la cobertura de una estadía en el hospital relacionada con el parto para la madre y el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Cuando el parto ocurre entre las 8:00 p.m. y las 8:00 a.m., la cobertura continuará hasta las 8:00 a.m. de la mañana a partir del período de cobertura de 48 o 96 horas. El proveedor que atiende a la madre, después de consultar con ella, puede dar el alta a la madre y al recién nacido antes, cuando lo estime adecuado. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Atención de maternidad o partos fuera del área de servicio, dentro de las cinco semanas antes de la fecha esperada de parto, excepto en caso de emergencia × Costos de almacenamiento de sangre umbilical
--	---

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> × Asesoramiento sobre preconcepción, paternidad o pruebas genéticas × Pruebas de detección de trastornos hereditarios o detección de trastornos/enfermedades o para determinar las características físicas del niño por nacer × Interrupción electiva del embarazo, a menos que sea necesario para salvar la vida de la madre o cuando el embarazo sea el resultado de una violación o de incesto
<p>Equipos e insumos médicos</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa.</p> <p>Los equipos y los insumos médicos están cubiertos, pero los debe suministrar un proveedor de la red o estar previamente aprobado por DHMP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Artículos desechables necesarios para la atención de una enfermedad o una lesión como jeringas, agujas, férulas y vendajes quirúrgicos ✓ Oxígeno y alquiler de los equipos necesarios para administrar el oxígeno, uno fijo y uno portátil por cada miembro ✓ Equipo médico durable (DME) como muletas, sillas de ruedas y camas de hospital ✓ Aparatos ortopédicos, como rodilleras ✓ Dispositivos protésicos <p>Para recibir DME, el equipo necesario se debe recetar al miembro. El DME se alquilará o se comprará, y DHMP pagará las reparaciones, el mantenimiento o los ajustes necesarios debido al uso normal para DME aprobado o DME que habría sido aprobado por DHMP. El beneficio máximo para DME es de \$2,000 por año calendario, excepto para insumos médicos y quirúrgicos. Los siguientes elementos no cuentan para el límite de DME de \$2,000 si su PCP ha ordenado este artículo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● equipo médico durable, que sea propiedad del establecimiento e insumos médicos utilizados durante una internación cubierta o una visita ambulatoria cubierta ● insumos médicos utilizados durante las visitas ambulatorias ● prótesis implantada quirúrgicamente o dispositivos aprobados por DHMP antes de que el miembro reciba el dispositivo, incluidos los implantes cocleares ● bombas de insulina e insumos relacionados <p>Equipos/servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Artículos o equipos de confort, de lujo o de conveniencia × Cualquier artículo disponible sin receta; artículos de venta libre × Acondicionadores de aire, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, iluminación especial u otros modificadores ambientales × Dispositivos de autoayuda que no sean de naturaleza médica × Prótesis dentales, de cráneo/capilares, de pene o cualquier prótesis con fines cosméticos × Equipo doméstico para ejercicios y terapia × Camas de agua o camas ajustables para el consumidor × Reparaciones o reemplazos debido al uso incorrecto o al abuso del artículo × Calzado ortopédico no conectado a un dispositivo ortopédico, a excepción de los miembros con diabetes

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

<p>Atención de salud mental y por abuso de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin copago. Cobertura del 100%. <p>Puede autorremitirse para estos servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios: asesoramiento individual, familiar o grupal, y gestión de casos a proveedores de nuestra red contratada. Toda atención con un proveedor fuera de nuestra red contratada requiere aprobación previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que son servicios que recibe fuera de un hospital o centro residencial. La atención ambulatoria cubierta no requiere aprobación previa cuando el proveedor está dentro de la red con DHMP. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: asesoramiento individual, familiar o grupal, y servicios de gestión de casos. ✓ La atención de enfermedades mentales con base biológica está cubierta y la cobertura no es menos extensiva que la provista para cualquier otra enfermedad física. ✓ La cobertura es también para las afecciones sin base biológica identificadas como un trastorno mental. ✓ Todas las internaciones de pacientes por afecciones de salud mental en el hospital de Denver Health están cubiertas sin aprobación previa. Toda hospitalización que no ocurra en el hospital de Denver Health requiere aprobación previa y revisión. La hospitalización es válida para habitación semiprivada, psicoterapia grupal, administración de medicaciones, servicios auxiliares y visitas a proveedores. ✓ La atención residencial (permanecerá las 24 horas del día) necesita aprobación previa de DHMP. Debe necesitar supervisión las 24 horas para cumplir con los requisitos para este nivel de atención. ✓ Atención relacionada con el autismo. ✓ La atención y los servicios para casos de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios se consideran una afección de salud mental a los fines de este beneficio y están cubiertos. ✓ Servicios de desintoxicación por abuso de sustancias. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Gastos por habitación privada × Biorretroalimentación × Psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede utilizar para obtener un título o avanzar en su educación × Terapia de análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, ABA) × Hipnoterapia × Asesoramiento religioso, civil y social × Servicios de atención residencial para la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa × Terapias o programas que no sean médicamente necesarios × Costo por los daños a las instalaciones que provoque el miembro × Atención ordenada por un tribunal o por la policía que de otro modo no estaría cubierta × Servicios no autorizados por DHMP
--	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

<p>Visitas de rutina al consultorio médico</p>	<p>Sin copago. 100% de cobertura para proveedores de la red.</p> <p>Las visitas al consultorio están cubiertas tanto para consultar al PCP como para consultar a especialistas. Usted debe consultar a su PCP para recibir todos los servicios, a menos que usted tenga un obstetra o ginecólogo aparte, que esté recibiendo servicios de la visión o que tenga una remisión para consultar a un especialista. Se necesita una remisión para visitar a la mayoría de los especialistas. Los beneficios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención médica, consultas y segundas opiniones. Las segundas opiniones requieren una remisión de su PCP; DHMP puede solicitar una segunda opinión en ciertos casos. ✓ Los servicios quirúrgicos que se realizan en el consultorio incluyen anestesia e insumos sujeto a las pautas de aprobación previa. ✓ La diálisis renal se considera un beneficio como una visita al consultorio médico. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Gastos para la obtención de informes médicos o de transferencia de archivos × Cuidado de la caída del cabello, excepto cuando es causado por la alopecia areata × Atención de rutina de los pies, excepto para miembros con diabetes × Atención para la disfunción sexual × Servicios para tratar la infertilidad × Asesoramiento en genética
<p>Servicios para pacientes externos/ambulatorios</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa si no se realiza en Denver Health.</p> <p>Los servicios ambulatorios son servicios que usted recibe el mismo día en que se va. Estos servicios se pueden recibir en los centros, como el departamento ambulatorio de un hospital de agudos, un centro de cirugía ambulatoria, un centro de radiología, un centro de diálisis y las clínicas ambulatorias. El beneficio incluye todos los servicios o insumos que sean médicamente necesarios para la atención de su afección e incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicios de un médico o un clínico, y quirúrgicos. ✓ Cualquier insumo, medicación o atención médicos que sea médicamente necesario; esto incluye los gastos de anestesia. ✓ Servicios de quimioterapia y radiación. ✓ Consultas para obtener una segunda opinión. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Consulte los servicios no cubiertos en Servicios para pacientes hospitalizados en esta tabla y en la sección Exclusiones generales.
<p>Servicios de terapia ambulatoria</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>Las terapias de rehabilitación ambulatorias incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ terapia física ✓ terapia del habla ✓ terapia ocupacional ✓ programas de rehabilitación cardíaca

	<p>✓ servicios y dispositivos de rehabilitación: Terapias y dispositivos físicos, ocupacionales y del habla que necesita por un breve periodo para ayudarlo a recuperarse de una lesión, enfermedad o cirugía grave</p> <p>El beneficio máximo es de 30 visitas por año calendario por diagnóstico. Cuando sea médicamente necesario, se pueden prestar servicios adicionales con una aprobación previa. No hay límite para estas terapias para los niños desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños del niño. No hay límite para las terapias del habla necesarias para el tratamiento de labio leporino o de paladar hendido. Los servicios se deben recibir dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que ocurrió la lesión o enfermedad.</p> <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Terapia o atención de mantenimiento prestadas después de haber alcanzado su potencial de rehabilitación según lo determine DHMP × Terapias para los trastornos de aprendizaje, tartamudez, trastornos de la voz o trastornos del ritmo, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y que la atención sea necesaria debido a defectos congénitos o anomalías de nacimiento × Diagnósticos no específicos relativos al retraso en el desarrollo y trastornos del aprendizaje × Ningún servicio terapéutico o de rehabilitación recibido en un spa o en un gimnasio; esto incluye la membresía en este tipo de instalaciones × Servicios quiroprácticos o de acupuntura × Terapias no enumeradas anteriormente ni en esta sección de beneficios × Medicina holística y otros programas de bienestar
<p>Medicamentos con receta</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>Cuando un proveedor de Denver Health le emite una receta, puede surtirla en cualquier farmacia de Denver Health. También puede llevar su receta a cualquier otra farmacia que acepte el plan de salud de DHMP. Consulte la sección Farmacia de este manual para obtener más detalles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Todas las medicaciones aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para la atención de trastornos por abuso de sustancias (substance abuse disorders, SUD) están cubiertas sin ninguna aprobación previa o requisitos de terapia escalonada. ● Las medicaciones aprobadas por la FDA para la atención de SUD no están excluidas de la cobertura únicamente por orden judicial. ● El manejo de medicaciones para afecciones de salud mental por parte de un psiquiatra, proveedor médico o enfermero con autoridad para prescribir. Este es un enfermero que está legalmente autorizado a emitir recetas.

<p>Servicios preventivos, de rutina y de planificación familiar</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%.</p> <p>Los servicios de atención preventiva están cubiertos solo si es el PCP de su hijo quien ofrece el servicio, a menos que sea un servicio de salud reproductiva. Usted puede tener un médico diferente para los servicios de salud reproductiva. Los controles anuales y las vacunas están cubiertos. Estos servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ controles infantiles anuales o exámenes de bienestar ginecológicos para mujeres ✓ vacunas (inmunizaciones) anuales <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulte la sección Cronograma de vacunas en este manual para comprender qué vacunas debe recibir su hijo a diferentes edades. ✓ pruebas para evaluar la visión y la audición adecuadas a la edad <p>Según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics), su hijo debe recibir un control del niño sano a las edades indicadas en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="451 751 1515 1150"> <thead> <tr> <th>INFANCIA</th> <th>PRIMERA INFANCIA</th> <th>INFANCIA MEDIA</th> <th>ADOLESCENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prenatal</td> <td>12 meses</td> <td>5 años</td> <td>11 años</td> </tr> <tr> <td>Recién nacido</td> <td>15 meses</td> <td>6 años</td> <td>12 años</td> </tr> <tr> <td>Primera semana</td> <td>18 meses</td> <td>7 años</td> <td>13 años</td> </tr> <tr> <td>1 mes</td> <td>24 meses</td> <td>8 años</td> <td>14 años</td> </tr> <tr> <td>2 meses</td> <td>30 meses</td> <td>9 años</td> <td>15 años</td> </tr> <tr> <td>4 meses</td> <td>3 años</td> <td>10 años</td> <td>16 años</td> </tr> <tr> <td>6 meses</td> <td>4 años</td> <td></td> <td>17 años</td> </tr> <tr> <td>9 meses</td> <td></td> <td></td> <td>18 años</td> </tr> </tbody> </table> <p>Consulte la sección Controles del niño recomendados en este manual para obtener más información acerca de la atención preventiva para su hijo.</p> <p>Servicios de planificación familiar</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para planificación familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ control de la natalidad, incluida la inyección de Depo-Provera ✓ colocación de diafragma o de capuchón cervical ✓ implantación quirúrgica o remoción del dispositivo NORPLANT ✓ pruebas para diagnosticar una posible enfermedad genética ✓ pruebas y atención de ETS/VIH <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Vacunas para viajes internacionales × Esterilización quirúrgica o cualquier servicio relacionado × Pruebas o asesoramiento ordenados por un tribunal 	INFANCIA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA	Prenatal	12 meses	5 años	11 años	Recién nacido	15 meses	6 años	12 años	Primera semana	18 meses	7 años	13 años	1 mes	24 meses	8 años	14 años	2 meses	30 meses	9 años	15 años	4 meses	3 años	10 años	16 años	6 meses	4 años		17 años	9 meses			18 años
INFANCIA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA MEDIA	ADOLESCENCIA																																		
Prenatal	12 meses	5 años	11 años																																		
Recién nacido	15 meses	6 años	12 años																																		
Primera semana	18 meses	7 años	13 años																																		
1 mes	24 meses	8 años	14 años																																		
2 meses	30 meses	9 años	15 años																																		
4 meses	3 años	10 años	16 años																																		
6 meses	4 años		17 años																																		
9 meses			18 años																																		
<p>Atención en un centro de enfermería especializada</p>	<p>Sin copago. Cobertura del 100%. Se requiere aprobación previa.</p> <p>Estas son terapias y supervisión de protección para pacientes que tengan afecciones no controladas, inestables o crónicas. Cobertura para establecimientos de enfermería especializada médicamente necesaria solo si hay una expectativa razonable de mejora evaluable en el estado de salud del miembro.</p>																																				

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 días de servicios en un centro de enfermería especializada por año calendario o hasta que se alcance la mejoría médica máxima <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Atención de custodia o de mantenimiento × Atención de enfermería especializada una vez que el miembro ha alcanzado la mejoría médica máxima y no se espera ninguna mejoría más
Servicios de la visión	<p>Cobertura limitada.</p> <p>Los servicios de la visión cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prueba de la visión correspondiente a la edad y examen ocular de rutina o evaluaciones de detección para diagnosticar una afección médica. ✓ Un crédito de \$150 por miembro por año calendario para la compra de lentes. Debe ser médicamente necesario. Marcos o ciertos tipos de lentes de contacto. ✓ Servicios de la visión especializados con una aprobación previa del PCP del miembro. <p>Los exámenes oculares deben realizarse con un proveedor participante de DHMP. Puede comprar accesorios para la visión a cualquier proveedor oftalmológico que pueda facturar a DHMP.</p> <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Terapia de la visión × Servicios especializados sin aprobación previa × Servicios relacionados con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión Lasik
Exclusiones generales	<p>La siguiente lista de exclusiones no es una lista completa de todos los servicios, insumos, condiciones o situaciones que no son servicios cubiertos. También se pueden aplicar otras limitaciones, condiciones y exclusiones específicas.</p> <p>RECUERDE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que le cobren por servicios que no están cubiertos. Incluso si recibe una remisión de su PCP, los servicios no se cubrirán cuando el servicio sea una exclusión o no sea un beneficio cubierto. • Si el servicio no está cubierto, todos los servicios realizados junto con ese servicio no están cubiertos. • CHP+ HMO es la autoridad final para determinar si los servicios e insumos son médicamente necesarios para el pago. <p>Servicios no cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Acupuntura. × Medicinas alternativas o suplementarias. Algunos ejemplos de medicina alternativa son la medicina holística, la homeopatía, la hipnosis, la terapia reiki y la aromaterapia. × Gastos de adopción o sustitutos. × Concepción artificial. × Terapia del análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, ABA).

	<ul style="list-style-type: none"> × Antes de la fecha de entrada en vigencia. No hay cobertura para los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro. × Biorretroalimentación. × Agentes quelantes, a menos que se utilicen para el envenenamiento por metales pesados. × Servicios quiroprácticos. × Dolor crónico. × Investigación clínica. × Atención del convaleciente, a menos que la atención se reciba normalmente para una afección específica. × Servicios o equipos de conveniencia, suntuosos o de lujo. Esto incluye los servicios que se utilizan para comodidad o conveniencia del miembro y que no son médicamente necesarios. × Servicios cosméticos. Estiramiento facial, bótox y aumento de senos son ejemplos de procedimientos cosméticos. × Servicios ordenados por un tribunal prestados bajo libertad condicional o libertad vigilada, a menos que esos servicios estén cubiertos por la sección de beneficios del manual. × Cuidado de custodia. Esto incluye ayudar al miembro a realizar actividades cotidianas o a satisfacer las necesidades personales en lugar de las necesidades médicas; la preparación de la comida y la ayuda para bañarse son ejemplos de cuidado de custodia. × Servicios dentales Consulte la sección Atención dental en esta tabla. × Alta en contra del consejo médico en un hospital u otros servicios en centros si abandona un hospital u otro centro en contra del consejo médico de su proveedor. × Gastos del día del alta, gastos de alojamiento y comida relacionados con el día del alta. × Alta del centro donde los servicios se reciben después de la fecha de alta aprobada previamente. La fecha de alta adecuada se determina según las pautas de atención administrada. × Atención a domicilio. Esto incluye la atención brindada en un centro que no es de atención, un hogar de tránsito o una escuela. × Cobertura doble. No es aceptable que el miembro tenga cobertura doble del plan de salud, excepto cobertura odontológica o de Medicare. × Interrupción electiva del embarazo, a menos que la interrupción electiva sea necesaria para salvar la vida de la madre o si el embarazo es resultado de una violación o de incesto. × Procedimientos experimentales/de investigación. × Asesoramiento/pruebas genéticas. Las pruebas genéticas para evaluar los riesgos de trastornos para ciertas afecciones pueden estar cubiertas; DHMP debe aprobarlas previamente.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> × Centro operado por el gobierno. No hay cobertura para los servicios y suministros necesarios para todas las discapacidades relacionadas con el servicio militar que se prestan en un establecimiento médico militar, a menos que DHMP autorice por escrito el pago antes de que los servicios se lleven a cabo. × Atención para la pérdida del cabello, excepto para la alopecia areata. × Hipnosis capilar: servicios relacionados con la hipnosis, ya sea con fines médicos o de anestesia. × Conducta ilegal. Servicios necesarios debido a la participación del miembro en una actividad ilegal. × Leche maternizada, a menos que esté específicamente permitida como un beneficio en este folleto. × Servicios para deficiencia de aprendizaje, a menos que el niño tenga 3 años o menos, y que la atención sea necesaria por defectos congénitos o anomalías de nacimiento. × Terapia de mantenimiento. × Servicios médicamente innecesarios. DHMP determinará si un servicio o un suministro es médicamente necesario o no. × Terapia nutricional médica. Las vitaminas, sin receta, los suplementos dietéticos/nutricionales y los alimentos especiales, son ejemplos, excepto por trastornos metabólicos. × Cargos por citas perdidas. × Proveedores de servicios no cubiertos. Servicios ordenados o administrados por un spa o gimnasio; enfermería escolar; hogar de tránsito; masajista; hogar para personas mayores; institución residencial; departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficios mutuos, sindicato, fideicomisario o persona o grupo similar; el miembro, un familiar o una persona que normalmente reside en la casa del miembro. × Gastos no médicos. × Aparatos ortopédicos, excepto para miembros con diabetes. × Productos de venta libre. × Beneficios posteriores a la cancelación de la cobertura. Sin cobertura para los servicios recibidos después de la cancelación de la cobertura. × Servicios de enfermería privada. × Servicios radiológicos. No hay cobertura para tomografía computarizada ultrarrápida, tomografía computada de cuerpo entero o dos o más ultrasonidos por embarazo, a menos que sea médicamente necesario realizar más ultrasonidos. × Mamoplastia de reducción, salvo que se provea junto con la reconstrucción de la mastectomía y diagnóstico del cáncer. × Los impuestos gravados por ley que se apliquen a los servicios cubiertos por este plan.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> × Terapias. Las siguientes son algunas de las terapias que no están cubiertas: terapias recreativas, sexuales, de grito primal, del sueño y Z; programas de autoayuda, de manejo del estrés y para bajar de peso; análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental; entrenamiento en sensibilidad y asertividad, y rolfing; terapia de la visión. × Asesoramiento religioso. × Cirugía o servicios de articulación temporomandibular (ATM), a menos que tenga una base médica. × Cirugía ortognática. × Responsabilidad civil. Responsabilidad civil; para los servicios que son reembolsados por un tercero, consulte la sección Lesiones o enfermedades causadas por terceros en este manual para obtener más información. × Gastos de viaje, excepto como se establece en los beneficios de trasplante de órganos y tejido humanos En esta tabla. × Ligadura de trompas. × Vasectomía. × Oftalmología. Solo los servicios de la vista descritos en la sección Servicios de la visión de esta tabla están cubiertos; no hay cobertura para ningún suministro ni servicio quirúrgico, médico ni hospitalario provistos en relación con cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión. × Afecciones relacionadas con la guerra. × Programas para bajar de peso. × Compensación al trabajador. No hay cobertura para accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo; la única excepción es para aquellas personas que no están obligadas a mantener o estar cubiertos por el plan de salud de compensación al trabajador según lo definido por las leyes de compensación al trabajador.
--	---

Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medical Plan

Atención médica

- SIN COSTO ni copagos para visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, atención de emergencia/urgencia, dentro o fuera de la red, para niños y adultos de DHMP

Atención oftalmológica

- un crédito de \$150 para anteojos o ciertos lentes de contacto

Farmacia

- SIN COPAGOS para los medicamento con receta incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP.
- SIN COSTO para ciertos medicamentos de venta libre cuando un proveedor de Denver Health le emite la receta para el medicamento de venta libre y se obtiene en una farmacia de Denver Health.
- Suministros para 90 días de algunos medicamentos incluidos en el *Formulario de medicamentos* de DHMP, SIN COSTO para usted. Consulte el *Formulario de medicamentos* de DHMP para obtener más detalles.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 9) SERVICIOS ADICIONALES

NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health

NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health es un servicio telefónico que puede responder sus preguntas y asesorarlo. Puede llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health y hablar con un enfermero diplomado acerca de cualquier pregunta sobre salud, cualquiera sea su importancia. NurseLine (Línea de Enfermería) puede brindarle información médica rápida y también ayudarlo a obtener atención médica. NurseLine (Línea de Enfermería) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede llamar a **NurseLine (Línea de Enfermería)** de Denver Health al **303-739-1261** en los siguientes casos:

- Cree que necesita una cita urgente.
- No sabe con certeza si necesita consultar a un médico.
- Tiene preguntas sobre los medicamentos o la atención.
- Tiene preguntas sobre educación para la salud.

Llame a **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261** después de que el consultorio de su PCP haya cerrado o cada vez que necesite respuestas para sus preguntas sobre la salud.

Recuerde que si tiene una emergencia médica o necesita atención de urgencia, debe ir al hospital o a la clínica de atención de urgencia más cercanos. No tiene que llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) antes de recibir atención de emergencia o urgencia.

Dental

La atención dental de rutina es un beneficio cubierto por DentaQuest. Si tiene preguntas sobre este beneficio, comuníquese directamente con DentaQuest al 1-888-307-6561.

>> 10) CALIDAD

DHMP quiere asegurarse de que usted reciba la atención médica que necesite cuando sea necesario. Nuestro Programa de Calidad lo logra mediante las siguientes acciones:

- Preguntamos a nuestros miembros y proveedores si están a gusto con los servicios de DHMP.
- Atendemos las inquietudes y quejas de los miembros y proveedores para mejorar los servicios de DHMP.
- Recordamos a los miembros los servicios que los ayudarán a mantenerse saludables.
- Vemos de qué modo accede usted a la atención médica cuando hay diferencias en cuanto a raza, grupo étnico o idioma.

Ofrecemos diversos programas de prevención, salud y bienestar, y todos ellos se encuentran aquí:

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

>> 11) QUEJAS

¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que DHMP hace. Esto también se denomina queja. Por ejemplo, usted podría no estar satisfecho con lo siguiente:

- la calidad de la atención médica o del servicio que recibe
- el modo en que DHMP lo trata
- cosas que DHMP hace con las que usted no se siente a gusto

Usted puede presentar una queja en cualquier momento para informarnos (verbalmente o por escrito) si no está satisfecho con el servicio o la atención.

Qué hacer cuando tiene una queja

Cuando presente una queja, usted o su representante personal designado (DPR) pueden comunicarse con Quejas y Apelaciones (Complaints & Appeals) al 303-602-2261. Usted o su DPR también pueden escribir a Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals). Asegúrese de incluir en su carta su nombre, número de identificación (id.) de CHP+, domicilio y número de teléfono si escribe a Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals) de DHMP.

Envíe su queja por escrito al siguiente domicilio

Denver Health Medical Plan, Inc.

Attn: Complaints and Appeals Department

Domicilio postal: 777 Bannock St, Denver, CO 80204. MC6000.

Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de CHP+ por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

Después de presentar una queja

Después de presentar su queja, DHMP le enviará una carta en dos días hábiles para confirmar la recepción de su queja.

DHMP estudiará los detalles de su queja y decidirá cómo manejarla. En otras palabras, DHMP tratará de resolver su queja. Los miembros del personal de DHMP que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Si presenta una queja porque siente que recibió una atención médica deficiente o porque DHMP rechazó su solicitud de apelación rápida, consulte la sección llamada ¿Qué es una apelación? en el *Manual para miembros*. Un miembro del personal de DHMP con capacitación médica adecuada analizará su queja.

DHMP tomará una decisión sobre su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de quince días hábiles a partir del día en que usted presente su queja. El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMP respecto de su queja e incluirá la fecha en que DHMP tomó esa decisión.

Usted o DHMP pueden extender el plazo que DHMP tiene para tomar una decisión respecto de su queja. Cuando usted solicita más días o si DHMP cree que se requieren más pruebas para tomar una decisión respecto de su queja, DHMP puede agregar catorce días calendario adicionales. DHMP solo extenderá este

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

plazo cuando sea lo mejor para usted. Si DHMP extiende el plazo para decidir sobre su queja y usted no solicitó la extensión, DHMP le enviará un aviso por escrito en el que se explicará la razón de la demora.

Cuándo necesita ayuda para presentar una queja

DHMP lo ayudará a presentar una queja. Cuando necesite ayuda para completar un formulario o para llevar a cabo los pasos para presentar una queja, incluido el uso de un intérprete o servicios de TTY, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100**.

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja

Si aún no está satisfecho con el modo en que DHMP maneja su queja, puede presentar su queja al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing). Puede llamarlos al **1-800-221-3943** sin costo. O puede escribirles a:

Department of Health Care Policy & Financing
Attn: DHMP CHP+ Contract Manager
1570 Grant St.
Denver, CO 80203-1714

Cuando necesite presentar una queja sobre el acceso a la atención de salud conductual:

DHMP está sujeto a la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicciones (Mental Health Parity Addiction Equity Act) de 2008. Esto significa que sus beneficios de salud conductual cubiertos no pueden ser más difíciles de acceder que los beneficios de salud física. Una denegación, restricción o retención de los servicios de salud conductual podría ser una posible violación de la ley de paridad. Presente una queja ante la Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado cuando tenga una inquietud sobre la paridad.

Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado:
Llame a: 303-866-2789
Correo electrónico: ombuds@bhoco.org
Internet: bhoco.org

Un representante de la Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman Office) le llamará o le responderá directamente. También puede pedirle a su proveedor de salud conductual o tutor/representante legal que presente una queja por usted.

>> 12) APELACIONES

¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?

Es una carta que DHMP le envía a usted en caso de que DHMP realice alguna determinación adversa de beneficios respecto de cualquier parte de los servicios de DHMP. Una determinación adversa de beneficios es:

- cuando DHMP niega o limita un tipo o un nivel de servicio que usted haya solicitado
- cuando DHMP reduce, suspende o deja de autorizar un servicio que usted ha estado recibiendo
- cuando DHMP niega el pago total o parcial de sus servicios
- cuando DHMP no le brinda un servicio de manera oportuna

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- cuando DHMP no resuelve su apelación o queja en los plazos requeridos
- para un residente de un área rural con solo una Organización de Atención Administrada, una denegación de su solicitud de ejercer su derecho a obtener servicios fuera de la red
- la denegación de su solicitud de disputar el costo de los servicios médicos

Una carta de aviso de determinación adversa de beneficios incluye lo siguiente:

- La determinación adversa de beneficios que los planes DHMP planean llevar a cabo.
- El motivo de la determinación adversa de beneficios, incluido su derecho a recibir, previa solicitud y sin costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la determinación adversa de beneficios. Dicha información incluye criterios de necesidad médica y cualquier proceso, estrategia o estándar probatorio utilizado para establecer límites de cobertura.
- Su derecho a apelar esta determinación adversa de beneficios y una explicación de sus derechos al proceso de queja y apelación.
- La fecha límite que usted tiene para apelar.
- Su derecho a solicitar una revisión estatal.
- Cómo solicitar una revisión estatal.
- Cuándo usted puede pedir que se acelere el proceso de apelación.
- Su derecho al proceso de apelaciones que está disponible en virtud de la Ley de Tratamiento de Salud Mental Infantil (Child Mental Health Treatment Act, CMHTA), cuando corresponda.

Aviso de determinación adversa de beneficios:

DHMP debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si DHMP dejará de pagar o reducirá un servicio que recibe, debemos enviarle una carta de aviso de determinación adversa de beneficios 10 días calendario antes de la fecha en que deja de pagar o reduce los servicios. DHMP puede acortar el plazo a 5 días calendario en los siguientes casos:

- Hay un fraude.
- DHMP debe notificarlo antes de la fecha de la determinación adversa de beneficios si
- El miembro ha fallecido.
- El miembro está institucionalizado y no es elegible para los servicios de asistencia médica.
- Se desconoce el paradero del miembro, y no hay un domicilio de envío.
- El miembro se ha mudado fuera del estado o fuera del área metropolitana de Denver, o se ha vuelto elegible para recibir los beneficios de CHP+ fuera del estado.
- El médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención.
- Usted tiene que ser transferido a otro centro rápidamente.
- DHMP recibe una carta firmada por usted que expresa que usted ya no quiere los servicios. DHMP recibe una carta firmada por usted que requiere la cancelación o reducción de los servicios y dice que usted comprende que se producirá la cancelación o reducción del servicio.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud que usted o su DPR pueden hacer para revisar una determinación adversa de beneficios por parte de DHMP. Si usted piensa que una determinación adversa de beneficios por parte de DHMP es incorrecta, usted o su DPR pueden llamarnos o escribirnos para apelar la determinación adversa de beneficios. Un proveedor puede presentar una apelación en su nombre cuando usted lo designa como su DPR. Si aún no está satisfecho después de la decisión de la apelación, puede solicitar una revisión estatal después de haber realizado todos los pasos correspondientes en el proceso de apelación de DHMP. Esta audiencia se explica en la sección Revisión estatal en este manual.

Cómo presentar una apelación

Usted tiene 60 días calendario para presentar una apelación después de haber recibido una carta de aviso de determinación adversa de beneficios.

Para apelar una determinación adversa de beneficios, usted puede hacer lo siguiente:

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Cómo presentar una apelación rápida

Si su vida o su salud corren peligro, y necesita que DHMP tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar al **Departamento de Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals Department)** al **303-602-2261** y presentar una apelación rápida. Si DHMP aprueba su solicitud de una apelación rápida, DHMP tomará una decisión sobre su apelación a más tardar dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.

Si DHMP niega su solicitud de una apelación rápida, DHMP se comunicará con usted lo antes posible para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMP también le enviará una carta en un plazo de dos días calendario a partir del envío de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido denegada. La carta le informará acerca de su derecho a presentar una queja si queda insatisfecho con la decisión de DHMP.

DHMP entonces revisará su apelación en el plazo estándar que se explica en la siguiente sección.

Después de presentar una apelación

Después de presentar una apelación, DHMP le enviará una carta en dos días hábiles para confirmar la recepción de su apelación.

DHMP estudiará los detalles de su apelación y decidirá si la acepta (anula la determinación adversa de beneficios de DHMP) o la niega (mantiene la determinación adversa de beneficios de DHMP). DHMP utilizará diferentes miembros del Departamento de Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals Department) para revisar esta determinación adversa de beneficios. Cuando usted apela una determinación adversa de beneficios que se fundamentó en la falta de necesidad médica, un miembro del personal de DHMP con un profesional médico revisarán la acción para tomar una decisión respecto de su apelación.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DPR pueden brindarle a DHMP, en persona o por escrito, pruebas u otra información que ayude en su caso. Tenga en cuenta que cuando su apelación es

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

rápida, tiene un lapso de tiempo más corto para brindarle esta información a DHMP. Usted o su DPR también pueden revisar el expediente de su caso antes y durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye sus registros médicos y cualquier otra información que DHMP utiliza para decidir sobre su apelación. La información se proporcionará sin costo y con suficiente antelación al plazo de resolución de las apelaciones.

Para las apelaciones estándares, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito con la decisión a más tardar dentro de los 10 días hábiles a partir del día en que usted recibió la apelación estándar. Para apelaciones rápidas, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión a más tardar dentro de las 72 horas a partir del día en que usted presente la apelación rápida. DHMP también intentará notificarle por teléfono la decisión para apelaciones rápidas.

El aviso por escrito le informará los resultados de la decisión de DHMP respecto de su apelación y la fecha en que se completó. Si el resultado no es positivo para usted, el aviso por escrito también le brindará la siguiente información:

- Su derecho a solicitar una revisión estatal y cómo solicitarla.

Cómo extender los plazos de las apelaciones

Usted o DHMP pueden extender el plazo que DHMP tiene para tomar una decisión respecto de su apelación acelerada o estándar. Cuando usted solicita más días o si DHMP cree que se requieren más pruebas para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMP puede agregar 14 días calendario adicionales. DHMP solo extenderá este plazo cuando sea lo mejor para usted. Cuando DHMP extiende el plazo para decidir sobre su apelación y usted no solicitó la extensión, DHMP le enviará un aviso por escrito en el que se explicará la razón de la demora. Este aviso por escrito también le explicará sobre su derecho a presentar una queja si no concuerda con la decisión de DHMP de extender el plazo. Durante este plazo extendido, DHMP tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión antes de que finalice el plazo de extensión.

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación

Para obtener ayuda para presentar una apelación, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

No perderá sus beneficios de CHP+ por apelar una acción. ¡La ley lo exige!

Revisión estatal

Cuando usted no quede satisfecho con alguna acción que tome DHMP, DEBE pasar por el proceso de apelación que se explicó anteriormente. En cualquier momento dentro de los 120 días calendario después de haber recibido la carta de aviso de resolución de apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción tomada por DHMP. Su proveedor también puede solicitar una revisión si usted lo nombra su DPR. Esta revisión se denomina revisión estatal. Puede solicitar una revisión estatal cuando:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

- Se niegan los servicios que usted busca, o la decisión de aprobar los servicios no se toma de manera oportuna.
- Usted cree que la acción tomada es errónea.

Para solicitar una revisión estatal, usted, su DPR o su proveedor deben enviar una carta a los Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts). La carta debe incluir lo siguiente:

- su nombre, domicilio y número de identificación de DHMP
- la acción, la negación o la falta de actuación rápida por la cual envía la solicitud de apelación
- la razón por la que se apela la acción, la negación o la falta de actuación rápida

En la revisión estatal, puede representarse a sí mismo o utilizar un proveedor, una guía legal, un familiar, un amigo u otro portavoz. Usted o su representante tendrán la oportunidad de presentar pruebas ante el juez de derecho administrativo para defender su caso. Usted o su representante también pueden solicitar los registros pertinentes a su apelación.

Si desea que alguien más lo represente, aun así debe completar el formulario de consentimiento escrito de la revisión estatal llamado autorización para una persona que no es abogada. Este formulario se encuentra en el sitio web del estado de Colorado en Departamento de Personal y Administración (Department of Personnel and Administration), Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts). A la persona cuyo nombre usted coloque en este formulario se la conoce como representante autorizado. Debe solicitar una revisión estatal dentro de los 120 días calendario a partir del aviso de resolución de la apelación a:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman St., 4th Floor
Denver, CO 80203

DHMP lo ayudará si necesita ayuda para solicitar una revisión estatal. Simplemente llame a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** al **303-602-2261** y solicite ayuda. También puede llamar a la **Oficina de Tribunales Administrativos (Office of Administrative Courts)** al **303-866-2000**. Toda decisión tomada en una revisión estatal es decisiva.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

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>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-700-8140 (TTY:711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-700-8140 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-700-8140 (телетайп: 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ። 1-800-700-8140 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
رقم هاتف الصم والبكم: 711. 1-800-700-8140

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-700-8140 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-700-8140 (ATS : 711).

ध्यानदिनुहोस्: तपाईंलेनेपालीबोल्लुहुन्छभनेतपाईंकोनिम्तिभाषासह
यतासेवाहरूनिःशुल्करूपमाउपलब्धछ।फोनगर्नुहोस् 1-800-700-8140 (टिटिवाइ: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800-700-8140 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-700-8140 (TTY: 711).

يگبسامت (TTY: 711) 1-800-700-8140 هجوت: فامشباير نايفگاتر روصيبنايز تالهيست، دينكميو فتگگيسر افنايز هيرگا

Dè dɛ nà ke dyédé gbo: ɔ jù ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wuɖu kà kò dọ̀ po-poò béìn m̀ gbo kpáa. Dá 1-800-700-8140 (TTY: 711)

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-700-8140 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-700-8140 (TTY: 711).

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2100** o al número gratuito 1-800-700-8140.