

Tabla de beneficios (quién paga qué)

Se puede requerir autorización previa para algunos servicios. Consulte la lista de autorizaciones previas que encontrará en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medical-prior-authorization-list>. Si tiene preguntas acerca de la autorización previa, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o realice una llamada gratuita al 1-855-823-8872. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En caso de una emergencia que ponga en riesgo su vida o la integridad de una extremidad, llame al 9-1-1 o diríjase al departamento de emergencias del hospital más cercano o al establecimiento médico más cercano. Para recibir atención de emergencia no necesita ser remitido por un médico y los costos compartidos son iguales dentro y fuera de la red. Las autorizaciones previas no se aplican a las internaciones de emergencia.

	Red de Elevate Health Plans	Fuera de la red
Deducible anual		
Individual	\$6,950 por persona	No corresponde.
Familiar	\$13,900 por familia Todos los montos del deducible individual contarán para el deducible familiar; una persona no deberá pagar más que el monto del deducible individual.	No corresponde.
Máximo de desembolso directo anual		
Individual	\$7,100 por persona	No corresponde.
Familiar	\$14,200 por familia El máximo de desembolso directo incluye el deducible anual, el coseguro y los copagos. No incluye los montos de las primas mensuales. Todos los montos de desembolso directo del plan individual contarán para el máximo de desembolso directo del plan familiar; una persona en el plan individual no deberá pagar más que el máximo de desembolso directo del plan individual.	No corresponde.
Máximo de por vida		
	Sin máximo de por vida	No corresponde.
Proveedores cubiertos		
	Consulte el <i>Directorio de proveedores</i> en Internet para obtener una lista completa de los proveedores actuales: https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor .	No corresponde.
Visitas al consultorio		
Visita de atención primaria	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Visita al especialista	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Servicios preventivos		
Niños y adultos	Sin copago (cobertura del 100%) Esto se aplica a todos los servicios preventivos con una recomendación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF). Se incluye la visita anual de rutina, el examen femenino de rutina, las visitas prenatales y la atención de rutina para el bebé, la colonoscopia y la mamografía preventivas. Consulte la lista del USPSTF en nuestro sitio web: https://www.denverhealthmedicalplan.org/member-resource-quick-links .	Sin cobertura

Este es un resumen de los beneficios más solicitados. En esta tabla no se explican los beneficios, los costos compartidos, los máximos de desembolso directo, las exclusiones, o las limitaciones, ni se enumeran todos los beneficios y los montos de los costos compartidos. Para obtener una explicación completa, consulte las secciones "Beneficios/cobertura (qué está cubierto)" y "Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)".

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Maternidad		
Atención prenatal y postnatal	Las visitas consideradas preventivas tienen un costo de \$0. El costo compartido para el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) se puede aplicar a los servicios adicionales, después de deducible.	Sin cobertura
Parto	50% de coseguro después de deducible por internación	Sin cobertura
Medicamentos con receta		
Farmacias de Denver Health <i>A los medicamentos con receta obtenidos en las farmacias de Denver Health los debe emitir un médico de Denver Health.</i> <i>Para medicamentos de nuestra lista aprobada del Formulario de medicamentos, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org/welcome-elevate-exchange.</i> <i>Los medicamentos enumerados en el Formulario de medicamentos como Medicamentos de servicio médico (nivel 6) tendrán montos de desembolso directo correspondientes según el beneficio médico del plan.</i>	Farmacia de Denver Health (suministro para 30 días) Preventivo (nivel 1): 0% de coseguro Genéricos (nivel 2): 50% de coseguro después de deducible Marca preferida (nivel 3): 50% de coseguro después de deducible Especializados de marca no preferida/preferidos (nivel 4): 50% de coseguro después de deducible Especializados (nivel 5): 50% de coseguro después de deducible Farmacia por Correo de Denver Health (suministro para 90 días) Preventivo (nivel 1): 0% de coseguro Genéricos (nivel 2): 50% de coseguro después de deducible Marca preferida (nivel 3): 50% de coseguro después de deducible Especializados de marca no preferida/preferidos (nivel 4): 50% de coseguro después de deducible Especializados (nivel 5): N/C	Sin cobertura
Farmacias de National Network <i>Los medicamentos enumerados en el Formulario de medicamentos como Medicamentos de servicio médico (nivel 6) tendrán montos de desembolso directo correspondientes según el beneficio médico del plan.</i>	Farmacia de National Network (suministro para 30 días) Preventivo (nivel 1): 0% de coseguro Genéricos (nivel 2): 50% de coseguro después de deducible Marca preferida (nivel 3): 50% de coseguro después de deducible Especializados de marca no preferida/preferidos (nivel 4): 50% de coseguro después de deducible Especializados (nivel 5): 50% de coseguro después de deducible Farmacia de National Network (suministro para 90 días) Preventivo (nivel 1): 0% de coseguro Genéricos (nivel 2): 50% de coseguro después de deducible Marca preferida (nivel 3): 50% de coseguro después de deducible Especializados de marca no preferida/preferidos (nivel 4): 50% de coseguro después de deducible Especializados (nivel 5): N/C	Sin cobertura
Servicios en centros y hospitales		
Servicios de hospitalización	50% de coseguro después de deducible por estadía en el hospital	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Cirugía de pacientes externos/ambulatorios	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Servicios en la sala de emergencias	50% de coseguro después de deducible por visita	50% de coseguro después de deducible por visita
Transporte de emergencia	50% de coseguro después de deducible por transporte	50% de coseguro después de deducible por transporte
Centro de atención de urgencia	50% de coseguro después de deducible por visita	50% de coseguro después de deducible por visita
Laboratorio de diagnóstico y radiología		
Laboratorio, radiografías y tomografías computadas (TC)	50% de coseguro después de deducible	Sin cobertura
Imagen por resonancia magnética (IRM) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	50% de coseguro después de deducible	Sin cobertura
Otros servicios de diagnóstico y terapéuticos		
Estudio del sueño	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Radioterapia	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Terapia de infusión (incluye quimioterapia)	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Inyecciones	50% de coseguro después de deducible por visita. (Las vacunas, vacunas contra alergias y todas las inyecciones aplicadas por un enfermero tienen \$0 de copago).	Sin cobertura
Diálisis renal	50% de coseguro después de deducible por visita	Sin cobertura
Salud conductual, salud mental y trastorno por uso de sustancias		
Examen de bienestar de salud mental	Sin cargo. Una visita por año.	Sin cobertura
Paciente ambulatorio	50% de coseguro después de deducible. Sin cargo.	Sin cobertura
Paciente hospitalizado	50% de coseguro después de deducible por internación.	Sin cobertura
Terapias		
De rehabilitación: terapia física, ocupacional y del habla	50% de coseguro después de deducible por visita 30 visitas de terapia por año calendario. Se pueden cubrir visitas adicionales si son médicamente necesarias.	Sin cobertura
De habilitación: terapia física, ocupacional y del habla	50% de coseguro después de deducible por visita 30 visitas de terapia por año calendario. Se pueden cubrir visitas adicionales si son médicamente necesarias.	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Rehabilitación como paciente hospitalizado	50% de coseguro después de deducible 60 días por afección por año	Sin cobertura
Rehabilitación pulmonar	50% de coseguro después de deducible por visita Límite de 30 visitas por año calendario	Sin cobertura
Rehabilitación cardíaca	50% de coseguro después de deducible por visita Límite de 30 visitas por año calendario	Sin cobertura
Equipo médico durable		
	50% de coseguro después de deducible	Sin cobertura
Exámenes de audición y audífonos		
Exámenes de audición	Los exámenes de audición de rutina tienen una cobertura del 100% hasta los 19 años.	Sin cobertura
Audífonos	Los menores de 18 años tienen cobertura del 100%; no se aplica ningún beneficio máximo. Las pruebas de la audición y las adaptaciones de audífonos están cubiertas en las visitas al consultorio y se aplica el copago correspondiente. Los implantes cocleares están cubiertos para los niños menores de 18 años. El dispositivo tiene cobertura del 100%, se aplicarán los cargos de cirugía hospitalaria/ambulatoria correspondientes.	Sin cobertura
Prótesis		
	20% de coseguro después de deducible; no se aplica ningún beneficio máximo.	Sin cobertura
Oxígeno/equipo de oxígeno		
Oxígeno	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Equipo	50% de coseguro después de deducible; no se aplica ningún beneficio máximo.	Sin cobertura
Trasplantes de órganos		
	50% de coseguro después de deducible por internación. Solo cubierto en los establecimientos autorizados. La cobertura no es menos extensiva que la de otras enfermedades físicas.	Sin cobertura
Atención médica a domicilio		
	50% de coseguro después de deducible para los servicios médicos especializados a domicilio recetados y medicamento necesarios	Sin cobertura
Cuidados paliativos		
	50% de coseguro después de deducible	Sin cobertura
Centro de enfermería especializada		
	50% de coseguro después de deducible El beneficio máximo es 100 días por año calendario en un centro autorizado.	Sin cobertura
Atención dental		
Adultos (19 años de edad y mayores)	Sin cobertura	Sin cobertura

1. Tabla de beneficios (quién paga qué)

Menores de 18 años de edad	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención de la visión		
Adultos (19 años de edad y mayores)	Sin cobertura	Sin cobertura
Menores de 18 años de edad	Cobertura del 100%. Un par de anteojos (incluye los armazones y los lentes) o lentes de contacto con costo compartido de \$0 cada 24 meses de un proveedor de la red. Límite de un examen ocular de rutina cada 12 meses.	Sin cobertura
Quiropraxia		
	50% de coseguro después de deducible por visita. Máximo de 20 visitas por año calendario.	Sin cobertura
Acupuntura		
	50% de coseguro después de deducible por visita, hasta seis (6) visitas por año	Sin cobertura

Elevate Health Plans Peak Bronze HDHP NA



ELEVATE
HEALTH PLANS
Denver Health Medical Plan Inc.™



Enero de 2025

La información contenida en el presente *Manual para miembros* explica la administración de los beneficios de Denver Health Medical Plan (DHMP). Elevate Health Plans es un plan de seguro de salud ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc., una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia estatal. Este *Manual para miembros* también es considerado su documento de *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC). La información respecto de la administración de los beneficios de DHMP también puede obtenerse a través de los materiales de marketing. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department), llamando al 303-602-2090 o realizando una llamada gratuita al 1-855-823-8872 y visitando nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>. En caso de un conflicto entre los términos y las condiciones de este *Manual para miembros* y cualquier suplemento de este u otro material brindado por DHMP, los términos y las condiciones de este *Manual para miembros* y sus suplementos tendrán prioridad.

La cobertura descrita en el presente *Manual para miembros* comienza a partir del 1 de enero de 2025 y finaliza el 31 de diciembre de 2025.

Servicios del Plan de Salud 303-602-2090 • TTY 711 • Fax 303-602-2138
De lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.

- | | |
|----------------------------------|--|
| » Preguntas sobre los beneficios | » Aprenda a navegar en el sistema de atención médica |
| » Autorización previa | » Respuestas a las preguntas sobre los programas y servicios de DHMP |
| » Elegibilidad | |
| » Quejas y apelaciones | |

Farmacia MedImpact 800-788-2949 • Fax 858-790-7100

- » Autorizaciones previas de farmacia (medicaciones que no están incluidas)

Departamento de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefits Department)
303-602-2070 • Fax 303-602-2081

- | | |
|--|-----------------------------|
| » Costo de medicaciones | » Seguridad de medicaciones |
| » Preguntas sobre rechazos de reclamos de farmacia | |

Centro de Citas de Denver Health • 303-436-4949
NurseLine (Línea de Enfermería) las 24 horas • 303-739-1261

Portal para miembros en Internet

Visite nuestro portal para miembros de Denver Health Medical Plan, Inc., su recurso de referencia para administrar su plan de seguro de salud en cualquier momento y en cualquier lugar. Con él, puede acceder a información importante y materiales para miembros (incluidas las tarjetas de id.), comunicarse con su plan de salud, verificar el estado de los reclamos y más, todo desde su computadora, tableta o teléfono inteligente.

¡Inscríbase hoy mismo!: visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/> para comenzar.

Tabla de beneficios (quién paga qué)	1
Contáctenos	7
Índice	8
Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios....	11
Beneficios/cobertura (qué está cubierto)	18
Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto).....	46
Responsabilidad de pago por parte del miembro	50
Procedimiento de reclamos (cómo presentar un reclamo)	52
Disposiciones generales de la póliza	55
Cancelación/no renovación/continuación.....	65
Apelaciones y quejas	67
Información sobre cambios en la póliza y las tarifas.....	73
Definiciones	74
Servicios de acceso en distintos idiomas.....	80

Elegibilidad

Elevate Health Plans es un plan de seguro de salud ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP). DHMP es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con licencia para ofrecer cobertura en los condados de Grand, Summit, Lake, Dolores, San Juan, Montezuma, La Plata, y Archuleta en el estado de Colorado.

Elevate Health Plans se ofrece a través de Connect for Health Colorado y directamente a través de DHMP. Está sujeto a todas las reglas y los reglamentos de Connect for Health Colorado. Puede visitar su sitio web en www.connectforhealthco.com.

Ninguna persona es inelegible debido a una afección de salud preexistente.

En relación con la prestación de beneficios cubiertos médicamente necesarios, Elevate Health Plans no discrimina a personas que participan en un programa con financiación pública.

Si, en virtud de una orden de manutención infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO), usted o su cónyuge deben brindar cobertura para sus hijos, pueden solicitar a Elevate Health Plans que les brinde, sin cargo, una declaración por escrito que resuma los procedimientos para recibir la cobertura para dichos hijos.

¿Quién es elegible para inscribirse en Elevate Health Plans?

- Todos los residentes de los condados de Grand, Summit, Lake, Dolores, San Juan, Montezuma, La Plata y Archuleta son elegibles para inscribirse en Elevate Health Plans.
- Usted no es elegible para inscribirse en Elevate Health Plans si está inscrito en Child Health Plan Plus (CHP+).
- Los miembros de Elevate Health Plans con subsidio de crédito fiscal anticipado para primas (Advance Premium Tax Credit, APTC) son inelegibles para inscribirse también en Medicaid o Medicare.
- Puede inscribirse en Elevate Health Plans independientemente de su estado físico o mental, raza, religión, edad, color, nacionalidad o ascendencia, discapacidad, estado civil, sexo, preferencia sexual o afiliación política/religiosa.

Dependientes elegibles

Los dependientes elegibles que pueden participar son los siguientes (puede exigirse la prueba correspondiente):

- su cónyuge, tal como lo define la ley estatal vigente de Colorado (incluido el cónyuge de hecho o pareja de hecho del mismo sexo)
- un hijo casado o soltero hasta su cumpleaños número 26, siempre que no sea elegible para recibir los beneficios de atención médica por medio de su empleador
- un hijo soltero de cualquier edad que está médicamente certificado como discapacitado y dependiente de usted

Un niño, que cumple las limitaciones de edad indicadas anteriormente, puede considerarse un dependiente si el niño es su hijo biológico, su hijastro, un niño acogido, su hijo adoptivo, un niño entregado a su cargo en adopción (ver requisitos de inscripción), un niño para el que a usted o a su cónyuge se les requiere, por una orden de manutención infantil médica calificada, que brinden cobertura de atención médica (incluso si el niño no reside en su casa), un niño del que usted o su cónyuge tienen la custodia por orden judicial, o el hijo de su pareja de hecho del mismo sexo elegible.

Para obtener cobertura según una orden de manutención infantil médica calificada u otra orden judicial, usted debe brindar una copia de la orden.

Los dependientes elegibles que viven fuera del área de servicio de la red deben utilizar proveedores de la red de DHMP para su atención médica, excepto por atención de urgencia o emergencia.

Inscripción inicial

Para obtener cobertura médica, usted y sus dependientes elegibles deben inscribirse durante un periodo de inscripción abierta o inscripción especial.

Inscripción abierta

La inscripción abierta es un periodo anual durante el cual los miembros pueden inscribirse en Elevate Health Plans. Los Elevate Health Plans se rigen por el periodo de inscripción abierta de Connect for Health Colorado:

La inscripción para planes en vigencia a partir del 1 de enero de 2025 comienza el 1 de noviembre de 2024 y finaliza el 15 de diciembre de 2024.

Inscripción especial

Ciertos acontecimientos pueden dar lugar a un periodo de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) durante el cual usted o sus dependientes elegibles (según el acontecimiento) pueden inscribirse en un plan de salud.

En cada uno de los siguientes casos, usted o sus dependientes elegibles deben inscribirse dentro de los 60 días posteriores al acontecimiento:

5. Elegibilidad

- Pérdida involuntaria de la cobertura existente por cualquier razón que no sea fraude, tergiversación o falta de pago de una prima.
- Se agrega un dependiente o una persona se convierte en dependiente mediante matrimonio, unión civil, nacimiento, adopción o colocación en adopción, colocación en hogares temporales, o mediante la celebración de un acuerdo de beneficiario designado si la compañía aseguradora ofrece cobertura a los beneficiarios designados.
- La inscripción o la no inscripción de una persona en un plan de beneficios de salud que sea sin intención y sea consecuencia de un error, tergiversación u omisión de la compañía aseguradora, del productor o de Exchange.
- Se demuestra ante el comisionado de seguros que el plan de beneficios de salud en el cual la persona está inscrita ha violado una disposición esencial de su contrato en relación con la persona.
- Un inscrito de Exchange se vuelve recientemente elegible o inelegible para recibir el crédito fiscal anticipado para primas (APTC) o las reducciones de costo compartido (Cost Sharing Reductions, CSR) disponibles a través de Exchange.
- Se obtiene acceso a otra cobertura como consecuencia de un cambio permanente de residencia.
- Los padres o tutores legales cancelan la inscripción de un dependiente, o un dependiente pasa a ser inelegible para recibir los beneficios del Plan de Salud Infantil Básico.
- Una persona pasa a ser inelegible en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado (Colorado Medical Assistance Act).
- Una persona, que previamente no tenía la ciudadanía, la nacionalidad ni era residente legal en el país, obtiene dicha condición.
- Un indígena estadounidense, según se define en el artículo 4 de la Ley para la Mejora de la Atención Médica para Indígenas (Indian Health Care Improvement Act), puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez por mes.
- A partir del 1 de enero de 2024, existe un nuevo periodo de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP) para las personas que reciban una certificación de un proveedor de atención médica, que actúa dentro del alcance de la práctica, y que confirma el embarazo. Este SEP se aplica a las personas sin cobertura acreditable actual. La cobertura en virtud de este SEP entra en vigencia a partir del primer mes en el que se certifica el embarazo, a menos que la persona opte por que la cobertura comience el primer día del mes siguiente a la selección del plan.

Cuando se notifica a una persona o esta toma conocimiento de un acontecimiento de cambio en su vida calificador (Qualifying Life Change Event, QLCE) que ocurrirá en el futuro, esta puede solicitar la inscripción en un nuevo plan de beneficios de salud durante 30 días calendario antes de la fecha de entrada en vigencia de dicho acontecimiento, y la cobertura no comenzará antes del día en que ocurre el acontecimiento desencadenante, para evitar una brecha en la cobertura. La persona debe ser capaz de brindar documentación escrita para respaldar la fecha de entrada en vigencia del QLCE en el momento de la solicitud.

Para obtener más información sobre los QLCE y el impacto que tienen sobre el APTC o la CSR, comuníquese con Connect for Health Colorado al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) o visite el sitio web www.connectforhealthco.com.

Cuándo comienza la cobertura

- **Inscripción abierta:** Si se inscribe en Elevate Health Plans durante el periodo de inscripción abierta anual, que finaliza el 15 de diciembre, su cobertura comienza el 1 de enero del año siguiente.
- En el caso de las inscripciones que ocurran entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, la cobertura comenzará el 1 de febrero.

La cobertura para cualquier dependiente inscrito comenzará de manera simultánea con la cobertura del suscriptor.

Fecha de entrada en vigencia de la inscripción especial

- En caso de eventos de vida como el matrimonio, la unión civil o la pérdida de cobertura acreditable, la cobertura comienza a más tardar el primer día del mes siguiente al evento.
- En los casos de nacimiento, adopción, colocación en adopción o colocación en hogares temporales, la cobertura comienza en la fecha del evento.
- En el caso de las personas que quedan embarazadas sin cobertura acreditable previa y reciben una certificación de un proveedor de atención médica, se activa un periodo de inscripción especial. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la elección del plan, a menos que la persona elija una cobertura retroactiva a partir del mes en que se certificó el embarazo.

Otros acontecimientos de cambio en su vida calificador (QLCE):

- Si la cobertura se adquiere entre el primer y el decimoquinto día de cualquier mes, entrará en vigencia a más tardar el primer día del mes siguiente.

5. Elegibilidad

- Si se adquiere entre el decimosexto y el último día del mes, la cobertura comienza a más tardar el primer día del segundo mes siguiente.

Miembros hospitalizados:

- Los miembros internados en un establecimiento médico al inicio de la cobertura, que anteriormente estaban cubiertos por un plan de salud grupal, tendrán todos los costos relacionados cubiertos por la compañía aseguradora anterior. Denver Health Medical Plan (DHMP) no cubrirá los costos asociados con esta internación inicial.
- Sin embargo, DHMP cubrirá cualquier servicio adicional requerido que no esté relacionado con la internación inicial según los detalles de cobertura en la Sección 7 “Beneficios/cobertura”.
- Si el miembro está internado en un establecimiento médico y no estaba cubierto por ningún plan de salud grupal cuando comenzó la cobertura de DHMP, DHMP cubrirá todos los costos y servicios asociados relacionados con la internación desde el inicio de la cobertura.

Cuándo finaliza la cobertura

- Cuando usted o un dependiente ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- Si usted deja de pagar la prima mensual requerida para la continuidad de la cobertura.
- Usted viola los términos del plan.

La cobertura para sus dependientes finalizará en el mismo momento en que finalice su cobertura.

Dependientes discapacitados: la cobertura para hijos dependientes con certificado médico de discapacidad que dependen económicamente de usted también finalizará en el mismo momento en que finalice su cobertura.

Finalización de la cobertura cuando un miembro está internado en un establecimiento hospitalario: si un miembro se encuentra internado en un hospital o institución en la fecha en que normalmente finalizaría la cobertura, y la internación es un beneficio cubierto por el plan, la cobertura continuará hasta la fecha del alta, siempre que el miembro siga obteniendo toda la atención médica por los beneficios cubiertos en cumplimiento de los términos del plan.

Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

¡Bienvenido a Elevate Health Plans!

En Elevate Health Plans, nuestra principal inquietud es que usted reciba servicios de atención médica de calidad. Como miembro de Elevate Health Plans, usted debe recibir sus servicios de atención médica dentro de la red contratada.

Su obligación básica al tener una membresía es consultar con su proveedor de atención primaria antes de solicitar la mayoría de los servicios de atención médica. Consulte la Sección 1 “Tabla de beneficios” para ver el detalle de los costos compartidos.

SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los proveedores de atención primaria (Primary Care Providers, PCP) son médicos de familia, médicos de medicina interna, pediatras, asistentes médicos y enfermeros profesionales. Encontrará una lista de los proveedores de atención primaria de la red en nuestro *Directorio de proveedores* en Internet. Servicios del Plan de Salud también pueden ayudarlo a encontrar médicos y brindarle detalles sobre sus calificaciones profesionales y los servicios que brindan.

Si bien usted no tiene la obligación de seleccionar un proveedor de atención primaria, estos profesionales pueden ayudarlo a mantener y controlar su salud, así como también a acceder a la extensa variedad de servicios médicos de los especialistas y establecimientos de la red.

SELECCIONAR A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para encontrar los proveedores de atención primaria que participan en la red de DHMP, visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>. También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Usted tiene derecho a consultar a cualquier proveedor de atención primaria que forme parte de nuestra red y que esté aceptando pacientes nuevos. Para los niños, puede elegir a un pediatra como proveedor de atención primaria.

CAMBIAR DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Si decide seleccionar un nuevo proveedor de atención primaria, no es necesario que nos informe. Puede cambiar su selección en cualquier momento. Además, cuando un PCP deja la red de DHMP, se les envía una notificación a todos los miembros que recientemente recibieron atención por parte de este proveedor. Nuestro sitio web ofrece la información más actualizada sobre los proveedores que forman parte de la red de DHMP. Si necesita más información, también puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Si usted piensa que necesita ver a un especialista o a otro proveedor, primero debe comunicarse con su PCP. Trabajarán con usted para determinar si necesita consultar a un especialista, le brindarán una remisión (si es necesario) y lo ayudarán a planificar su atención. No es necesaria una remisión para el pago de reclamos siempre que el proveedor esté incluido en la red del plan.

Los miembros pueden autorremitirse a los siguientes servicios de la red: obstetra o ginecólogo, salud conductual, quiropráctico y atención oftalmológica de rutina para niños. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes.

Su red de salud

Para obtener una lista completa de los proveedores de la red de Elevate Health Plans, visite www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor para consultar nuestro *Directorio de proveedores* en la web, o llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Si necesita un servicio que no es ofrecido por un proveedor de la red o si no puede obtener una cita de manera oportuna, puede ser remitido a un proveedor fuera de esta red. Sin embargo, debe tener una autorización previa para que Elevate Health Plans pague por los servicios. Si no se obtiene la autorización previa, los costos asociados con la atención recibida fuera de la red pueden ser su responsabilidad. Debe ponerse en contacto con su proveedor para presentar una solicitud de autorización previa en su nombre. Si su proveedor tiene alguna pregunta sobre este punto, puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

La atención médica después del horario de atención al público está cubierta. Si tiene una necesidad médica urgente, puede visitar cualquier centro de atención de urgencia que sea conveniente para usted. También puede llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) al 303-739-1261, que está disponible las 24 horas, los siete días de la semana. Si usted tiene una emergencia que pone en riesgo su vida o la integridad de una extremidad, vaya a la sala de emergencias más cercana o marque 9-1-1. No se necesita autorización para la atención de emergencia o urgencia.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una persona inexperta prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría:

- poner en grave riesgo la salud de la persona o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales
- provocar disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes del cuerpo

Si usted o un familiar necesitan atención de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o marquen 9-1-1. No se necesita autorización previa. El costo compartido es el mismo dentro y fuera de la red.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

ATENCIÓN FUERA DE LA RED

La atención recibida fuera de la red de DHMP podrá estar cubierta en los siguientes casos:

- Ese tipo de atención no se presta dentro de la red de DHMP.
- Usted recibe una remisión de su proveedor de atención primaria o especialista.
- Usted recibe autorización de DHMP por adelantado.

Si elige consultar a un proveedor que no es un proveedor participante de la red, sin una autorización previa de DHMP, usted será responsable de todos los cargos por los servicios. DHMP no tiene obligación de pagar estos cargos.

GESTIÓN DE CASOS COMPLEJOS

Contamos con gestores de casos complejos a los que puede recurrir si usted tiene problemas médicos complejos, necesidades psicosociales o de coordinación de atención que requieran apoyo intensivo. Sabemos que puede ser difícil comprender todo lo que se debe hacer para cuidar su salud, pero estamos a su disposición para ayudar.

Nuestro equipo de gestores de casos complejos incluye enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales calificados. Para nosotros, su salud es un tema prioritario y en nuestro Programa de Gestión de Casos Complejos (Complex Case Management, CCM) le ofrecemos servicios especializados que se centran en usted y sus necesidades.

Los gestores de casos se encuentran a su disposición para lo siguiente:

- ayudar a coordinar la atención entre sus distintos médicos
- ayudar a encontrar recursos comunitarios para satisfacer sus necesidades
- defenderlo para garantizar que reciba la atención y los servicios que necesita
- brindarle información sobre atención médica, orientación y apoyo de forma personal e individual
- brindarle educación para apoyar las habilidades de autoasistencia

Nuestra meta es ayudarlo a:

- recobrar o mejorar su salud o función
- comprender mejor sus afecciones de salud e inquietudes
- ayudarlo a utilizar y comprender los beneficios de salud
- desempeñar un rol más activo en su plan de atención y tratamiento

Los miembros o los cuidadores pueden autorremitirse para obtener acceso a estos servicios y programas voluntarios. La gestión de casos complejos se brinda sin costo alguno para usted y no afectará los beneficios de su plan. Para participar en uno de estos programas o para obtener más información, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede obtener más información sobre la elegibilidad para el programa y los servicios en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>.

GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS Y PROCESO DE AUTORIZACIÓN

Algunos servicios médicos dentro de su red deben ser revisados y aprobados (autorizados previamente) por DHMP para garantizar el pago. Es responsabilidad de su médico u otro proveedor enviar una solicitud a DHMP para obtener la autorización previa. El plan les notificará, a usted y a su proveedor, una vez aprobada o negada la solicitud. En ocasiones, las solicitudes son negadas debido a que la atención no es un beneficio cubierto o no es médicamente necesaria. Si no está de acuerdo con la decisión de negar su solicitud, puede apelar la decisión, consulte la Sección 13 “Apelaciones y quejas”.

Solicitudes de determinación de atención previa al servicio (urgente y no urgente)

Revisaremos su solicitud, si su proveedor afirma que es urgente, dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Una solicitud que no es de urgencia se decidirá en 15 días calendario o menos a partir de su recepción. Si necesitamos información adicional para tomar una decisión, podemos extender el plazo 15 días calendario más. Le informaremos por escrito si se necesita una extensión.

Solicitud de determinación de cobertura de atención simultánea (urgente y no urgente)

Si tiene preguntas acerca de la autorización previa o de una autorización existente, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede consultar la lista de autorizaciones previas en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/prior-authorization-list>.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

NURSELINE (LÍNEA DE ENFERMERÍA)

Los miembros de DHMP pueden llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health al 303-739-1261, que está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. NurseLine (Línea de Enfermería) le ayuda a acceder rápidamente a enfermeros de triaje capacitados que pueden brindarle consejos de atención. El personal de enfermería de NurseLine (Línea de Enfermería) puede asesorarle sobre el lugar más adecuado para obtener atención para su afección, por ejemplo, si tiene más sentido consultar a un proveedor de atención primaria o si su afección se atiende mejor con atención de urgencia o atención de emergencia.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y TRADUCCIÓN

DHMP se compromete a satisfacer las necesidades de los miembros de nuestro plan. DHMP contrata un servicio de intérprete: CERTIFIED LANGUAGES INTERNATIONAL, número de teléfono 800-362-3241. Si necesita un intérprete durante su visita o llamada al proveedor, comuníquese a su proveedor o a Servicios del Plan de Salud. DHMP contrata servicios de traducción con licencia sin costo alguno para los miembros de nuestro plan. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 si necesita que le traduzcan los materiales del plan.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

ACCESS PLAN (PLAN DE ACCESO)

DHMP cuenta con un plan de acceso que evalúa a todos los médicos, hospitales y otros proveedores de la red para garantizar que los miembros cuenten con el acceso adecuado a los servicios. Este plan también explica los procedimientos de remisión, coordinación de la atención y cobertura de emergencia de DHMP. Puede encontrar el plan de acceso en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-exchange-option-access-plan>.

SALUD Y BIENESTAR

La educación en salud es un beneficio gratuito que se ofrece a través de DHMP. Nuestra plataforma de educación en salud y bienestar ayuda a los miembros a que tengan un papel más activo en su atención médica y en el control de la enfermedad. Esto ayuda a aumentar la motivación al alentar y apoyar a los miembros para que realicen cambios en su estilo de vida con el fin de mejorar la salud.

La educación en salud puede ayudarlo con lo siguiente:

- comenzar un programa de ejercicios
- comer mejor/bajar de peso
- dejar de fumar
- disminuir los niveles de estrés
- tomar sus medicaciones
- conectarse con recursos comunitarios

La educación en salud puede ayudarlo a controlar enfermedades crónicas, tales como asma, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva y depresión.

CUANDO USTED ESTÁ FUERA DE LA CIUDAD

Cuando esté de viaje dentro de los EE. UU., puede ir a cualquier sala de emergencias de un hospital o centro de atención de urgencia de su conveniencia. La atención de rutina que recibe fuera de la red no está cubierta. Los servicios que recibe fuera del país no están cubiertos. Si necesita atención de emergencia, diríjase al hospital más cercano o llame al 9-1-1. Después de una visita de atención de emergencia o urgencia fuera de la red, se cubre una visita de seguimiento si usted no puede viajar de vuelta (por motivos razonables) a su área de servicio. Los gastos de viaje para regresar al área de la red de DHMP no constituyen un beneficio cubierto. Si planifica estar fuera del área de servicio de DHMP y necesita obtener sus medicamentos con receta, tenemos una amplia red de farmacias en todo el país para satisfacer su necesidad. Consulte con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o al número gratuito 1-855-823-8872. Los miembros de DHMP NO tienen cobertura en ningún lugar fuera de EE. UU.

CAMBIO DE DOMICILIO

Si adquirió Elevate Health Plans de Connect for Health Colorado, deberá comunicarse con ellos directamente para cualquier cambio de nombre, domicilio postal o número de teléfono llamando al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) o visitando <https://connectforhealthco.com/>. Si adquirió Elevate Health Plans directamente de DHMP, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas relativas a sus deseos sobre su tratamiento médico. Se trata de decisiones de atención médica importantes y merecen ser consideradas con detenimiento. Las decisiones de instrucciones anticipadas incluyen el derecho a consentir (aceptar) o rechazar cualquier tratamiento o atención médica y el derecho a dar instrucciones anticipadas. Se recomienda analizarlas con su médico, su familia, sus amigos o miembros del personal de su establecimiento de atención médica, e incluso con un abogado. Puede obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, tales como testamentos vitales, poderes notariales para fines médicos, e instrucciones de RCP (órdenes de no reanimar) por parte de su proveedor de atención primaria, hospital o abogado. No es obligatorio que cuente con instrucciones anticipadas para recibir tratamiento o atención médica. Los formularios de instrucciones anticipadas se encuentran disponibles en el sitio web de DHMP en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>.

Divulgación sobre servicios de emergencia y servicios que no son de emergencia

Facturación sorpresa: conozca sus derechos

A partir del 1 de enero de 2020, la ley estatal de Colorado lo protege de la “facturación sorpresa”. En ocasiones, esto se denomina “facturación de saldos” y puede suceder cuando usted recibe servicios cubiertos, aparte de los servicios de ambulancia, de un proveedor fuera de la red en Colorado. Esta ley no se aplica a todos los planes de salud y puede no aplicarse a proveedores fuera de la red ubicados fuera de Colorado. Verifique si en su tarjeta de id. figura “CO-DOI” (Colorado Department of Insurance, Departamento de Seguro de Colorado); de lo contrario, esta ley puede no aplicarse a su plan de salud.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

¿Qué es la facturación sorpresa/de saldos y cuándo ocurre?

Usted es responsable de los montos de costo compartido requeridos por su plan de salud, incluidos los copagos, deducibles o coseguros. Si usted es atendido por un proveedor o utiliza servicios en un hospital u otro tipo de establecimiento que no está en la red de su plan de salud, es posible que tenga que pagar costos adicionales asociados con esa atención. Estos proveedores o servicios en hospitales y otros centros se denominan a veces “fuera de la red”.

Los hospitales, centros o proveedores fuera de la red a menudo le facturan la diferencia entre lo que Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) decide que es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red factura como el cargo total. Esto se llama facturación “sorpresa” o “de saldos”.

Cuándo NO SE PUEDE facturar el saldo:

Servicios de emergencia

Cuando recibe servicios de atención médica de emergencia, generalmente los montos máximos que se le pueden facturar por servicios de emergencia son los montos de costo compartido dentro de la red de su plan, que son los copagos, deducibles o coseguros. No se le puede facturar un saldo por ningún otro monto. Esto incluye tanto el centro de emergencia como cualquier proveedor que pueda consultar por atención de emergencia.

Servicios que no son de emergencia en un establecimiento dentro o fuera de la red

El hospital o establecimiento debe indicarle si se encuentra en una ubicación fuera de la red o en una ubicación dentro de la red que utiliza proveedores fuera de la red. También debe indicarle qué tipos de servicios puede brindar un proveedor fuera de la red.

Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores de la red presten todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que tenga que recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red si un proveedor de la red no está disponible. Cuando esto sucede, el monto máximo que se le puede facturar por los servicios cubiertos es el monto de costo compartido dentro de la red (copagos, deducibles o coseguros). Estos proveedores no pueden facturarle el saldo.

Protecciones adicionales

- DHMP pagará directamente a los proveedores y establecimientos fuera de la red. Una vez más, usted solo es responsable de pagar su costo compartido por los servicios cubiertos dentro de la red.
- DHMP considerará cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos anteriormente) como parte de su deducible dentro de la red y límite de desembolso directo.
- Su proveedor, hospital o establecimiento debe reembolsarle cualquier monto adicional que usted pague dentro de los 60 días siguientes a su notificación de pago adicional.
- Un proveedor, hospital u otro tipo de establecimiento no puede pedirle que limite o renuncie a estos derechos.

Si recibe servicios de un proveedor, hospital o establecimiento fuera de la red en cualquier OTRA situación, es posible que se le facture el saldo o que sea responsable de la factura completa.

Si usted recibe voluntariamente servicios que no son de emergencia de un proveedor o establecimiento fuera de la red, también se le puede facturar el saldo.

Si usted recibe una factura por montos distintos a sus copagos, deducibles o coseguros, póngase en contacto con nosotros llamando al número de su tarjeta de id., o con la División de Seguros (Division of Insurance) al 303-894-7490 o al 1-800-930-3745.

Información sobre la ambulancia: se le puede facturar el saldo por los servicios de ambulancia de emergencia que recibe si el proveedor de servicios de ambulancia es una agencia de bomberos financiada con fondos públicos, pero la ley estatal contra la facturación de saldos se aplica a las compañías privadas que no son agencias de bomberos financiadas con fondos públicos. Los servicios de ambulancia que no son de emergencia, como el transporte de ambulancia entre hospitales, no están sujetos a la ley estatal contra la facturación de saldos, por lo que si recibe dichos servicios y no son un servicio cubierto por DHMP, puede recibir una factura de saldo.

6. Cómo acceder a sus servicios y obtener aprobación de los beneficios

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE ELEVATE HEALTH PLANS

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de DHMP. Antes de recibir servicios de atención médica o de medicamentos con receta, debe mostrar su tarjeta de identificación de DHMP. Si no lo hace o si tergiversa el estado de su membresía, se le puede negar el pago de reclamos. Si extravía su tarjeta de identificación y necesita una nueva, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. También puede acceder a una copia de su tarjeta de id. en el portal para miembros. La tarjeta de id. enumera los beneficios de costo compartido más comunes de su plan. Encontrará las definiciones para costo compartido a continuación.

ELEVATE HEALTH PLANS PLAN NAME	
Card Issued:	Individual/Family
Member ID #:	Ded: \$X
Name:	MOOP: \$X / \$X
Group #:	
	In Network
	Preventive: \$X
	PCP: \$X / SPC: \$X / ER: \$X
	UC: \$X / Hospital: \$X
MedImpact	
RxBIN:	
RxPCN:	
RxGrp:	Out of Network
Rx ID #:	ER: \$X / UC: \$X
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.	
Prior Authorization is required for some services.	
First Health is available for Behavioral Health services.	
ElevateHealthPlans.org	
Health Plan Services:303-602-2090	<u>Pharmacy Providers</u>
TTY Users: 711	MedImpact/Auths: 800-788-2949
Appointments: 303-628-2540	Rx Help Desk: 303-602-2070
 ELEVATE HEALTH PLANS Denver Health Medical Plan Inc.	 First Health Network <i>Complementary</i>
<i>Excludes No Surprises Act Bills.</i>	
P.O. Box 6300	
Columbia, MD 21045	
EDI Payor ID # 84-135	

Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

BOLETÍN PARA MIEMBROS

Como miembro de DHMP, le enviaremos boletines durante todo el año. Cada boletín contiene información importante, como actualizaciones de beneficios, próximos acontecimientos relacionados con la salud, consejos de salud y otra información.

LOS BENEFICIOS

Es importante que comprenda los beneficios y los costos compartidos que se le aplican. Cuando tenga una duda, comuníquese con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department) de DHMP al 303-602-2090. Esta es la mejor fuente de información sobre los beneficios de su plan de atención médica.

VISITAS AL CONSULTORIO

Los servicios de atención primaria y servicios especializados están cubiertos. El plan no requiere la remisión a un especialista. Las consultas telefónicas no están sujetas a costos compartidos. Para obtener información sobre los servicios de atención preventiva, consulte la sección “Atención preventiva” de este manual.

Visita de atención primaria:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red:	sin cobertura

Visita a un especialista:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red:	sin cobertura

ACUPUNTURA

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 6 visitas por año del plan

PRUEBAS PARA DETECCIÓN DE ALERGIAS Y TRATAMIENTO

No se aplica costo compartido a las inyecciones contra las alergias, aplicadas por un enfermero cuando no se suministra ningún otro servicio. Se aplicará el costo compartido de la farmacia a la medicación inyectable cuando se facture a través del beneficio de farmacia ambulatorio.

Las pruebas para detección de alergias médicamente necesarias están cubiertas.

Pruebas de detección de alergias:

Dentro de la red:	cobertura del 100%
Fuera de la red:	cubierto únicamente con autorización previa

Tratamiento de alergias:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	cubierto únicamente con autorización previa

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

El tratamiento de los trastornos del espectro autista será médicamente necesario, adecuado, eficaz o eficiente. Los tratamientos incluidos en este subpárrafo no se consideran experimentales ni en etapa de investigación y se consideran adecuados, eficaces o eficientes para el tratamiento del autismo.

El tratamiento de los trastornos del espectro autista incluirá lo siguiente:

- Servicios de evaluación y valoración.
- Atención de habilitación o rehabilitación, que incluye, entre otras, terapia ocupacional, física o del habla, o cualquier combinación de estas terapias. Los límites de visitas para la terapia física, ocupacional y del habla no se aplican a las terapias que son médicamente necesarias para tratar el trastorno del espectro autista.
- Entrenamiento y manejo del comportamiento, y análisis del comportamiento aplicado, que incluyen, entre otros, consultas, atención directa, supervisión, tratamiento, o cualquier combinación de estos, para los trastornos del espectro autista por proveedores de servicios relacionados con el autismo.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio
Fuera de la red: sin cobertura

CIRUGÍA BARIÁTRICA

La cirugía bariátrica es un beneficio cubierto. El miembro debe cumplir con los requisitos del plan para ser elegible para la cobertura.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

QUIROPRAXIA

La cobertura incluye la evaluación, los servicios de laboratorio y las radiografías necesarios para los servicios quiroprácticos y el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos.

Consulte la Sección 8 “Limitaciones y exclusiones”.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 20 visitas por año del plan

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

ESTUDIOS Y ENSAYOS CLÍNICOS

La atención de rutina durante un estudio o ensayo clínico está cubierta si:

- El proveedor de atención primaria dentro de la red del miembro recomienda la participación y determina que dicha participación conlleva un posible beneficio terapéutico para el miembro.
- El estudio o ensayo clínico está aprobado según la decisión de cobertura nacional de Medicare del 19 de septiembre de 2000, con respecto a los ensayos clínicos y las respectivas enmiendas.
- La atención al paciente es brindada por un proveedor de atención médica certificado, registrado y con licencia que ejerce dentro del alcance de su práctica, y el establecimiento y el personal que brindan el tratamiento tienen la experiencia y capacitación para suministrar el tratamiento en forma competente.
- El miembro ha firmado una declaración de consentimiento para la participación en el estudio o ensayo clínico, y comprende que se aplicarán todos los costos compartidos correspondientes.
- Los servicios de atención médica excluidos de la cobertura según el plan de salud del miembro no serán cubiertos. El DHMP no cubrirá ningún servicio, medicamento ni dispositivo que sea pagado por otra entidad relacionada con el estudio/ensayo clínico.
- El miembro sufre una afección que es discapacitante, progresiva o potencialmente mortal.
- No están cubiertos los gastos no pertinentes relacionados con la participación en el estudio o ensayo clínico, o un artículo o servicio que se brinde solo para satisfacer una necesidad de recolección o análisis de datos.

Consulte la Sección 15 “Definiciones” para obtener más información.

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio

Fuera de la red: sin cobertura

COBERTURA ANTICONCEPTIVA

Cubrimos las dieciocho (18) formas de anticoncepción preventiva y de emergencia aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) sin costo para el consumidor, y que están incluidas en las Pautas de Servicios Preventivos para la Mujer (Women's Preventive Services Guidelines) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources & Services Administration, HRSA). Estos incluyen la ligadura de trompas, varios dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, vacunas, anticonceptivos orales (en ocasiones conocidos como “la píldora”), parches, anillos vaginales, diafragmas, esponjas anticonceptivas, capuchones cervicales, preservativos femeninos, espermicidas y anticonceptivos de emergencia (en ocasiones conocidos como “plan B”). La cobertura gratuita también incluye el asesoramiento anticonceptivo, el inicio del uso de anticonceptivos y la atención de seguimiento (p. ej., visitas al consultorio, gestión, evaluación, pruebas de laboratorio asociadas, así como los cambios, la extracción o la interrupción del método anticonceptivo).

Cubrimos doce (12) meses de un anticonceptivo con receta a la vez. Si bien podemos utilizar ciertas técnicas de gestión médica para priorizar la cobertura de una medicación o un artículo en la misma categoría, no utilizamos las siguientes técnicas, ya que crean un retraso irrazonable: negación de la cobertura para todos los anticonceptivos o para determinados anticonceptivos de marca, requisitos de terapia escalonada o por falla, y limitaciones de edad en la cobertura.

Si necesita un método anticonceptivo diferente, cubriremos, sin costo para el inscrito, cualquier servicio o artículo anticonceptivo necesario, y la empresa aplazará la determinación de su proveedor. Disponemos de un proceso de excepciones para solicitar un método anticonceptivo diferente, que sea de fácil acceso, transparente, lo suficientemente conveniente y no excesivamente gravoso para usted o su proveedor. Puede encontrar más información sobre el proceso de excepciones aquí: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-exchangeco-option-pharmacy-prior-authorization-criteria>.

COVID-19

Las pruebas y el tratamiento por COVID-19 están cubiertos sin autorización previa.

EDUCACIÓN E INSUMOS PARA DIABETES

Si un profesional de atención médica con la licencia correspondiente le diagnosticó diabetes, usted es elegible para recibir capacitación y educación de automanejo para pacientes ambulatorios, así como también cobertura de su equipo e insumos para la diabetes, que incluye glucómetros, tiras reactivas, insulina y jeringas incluidos en el *Formulario de medicamentos*. Estos insumos son suministrados por su farmacéutico con una receta de su proveedor. Algunos insumos de insulina están cubiertos a través del beneficio de DME y pueden requerir autorización previa. Los glucómetros y los insumos se deben obtener a través de la farmacia mediante los beneficios de farmacia del plan.

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio

Fuera de la red: sin cobertura

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

ASESORAMIENTO SOBRE DIETAS Y NUTRICIÓN

La cobertura para recibir asesoramiento por parte de un asesor en salud está cubierta para múltiples situaciones, incluidas las siguientes:

- diabetes de inicio reciente
- asesoramiento por parte de un dietista para bajar de peso
- trastornos alimenticios

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio

Fuera de la red: sin cobertura

EQUIPO MÉDICO DURABLE

General

El equipo médico durable (DME) está cubierto si es médicamente necesario y puede requerir autorización previa. Esto incluye insumos y calzado para diabéticos. Algunos DME se pueden alquilar mientras que otros DME se compran. Los alquileres se autorizan por un periodo específico. Si usted todavía necesita el equipo alquilado cuando vence la autorización, deberá llamar a su proveedor de atención primaria y solicitar que se presente una nueva autorización para las fechas de servicio adicionales. Todos los DME deben obtenerse de un proveedor de la red de DHMP.

Las adaptaciones, las reparaciones y los ajustes necesarios, excepto los necesarios a causa del uso incorrecto, están cubiertos. Este plan podrá reparar o reemplazar un dispositivo a elección. La reparación o el reemplazo de un equipo defectuoso están cubiertos sin cargo adicional.

Consulte la Sección 8 “Limitaciones y exclusiones”.

Limitaciones de beneficios: los siguientes artículos están cubiertos si son médicamente necesarios y tienen autorización previa de DHMP: limpiadores/purificadores de aire; inyector a chorro de aire (dispositivo de inyección sin agujas); elevador de bañera/inodoro; asientos de inodoro bidé; silla con orinal (reposapiés, mecanismo de elevación del asiento colocado sobre o en un inodoro); fajas de compresión (no utilizadas con un inflador); estimulación eléctrica/dispositivos electromagnéticos para el tratamiento de una herida o del cáncer; estimulador eléctrico del reflujo salival; alarma de enuresis; guantes no estériles; agarradera/barra de seguridad en bañeras/duchas/taburetes/inodoros; férula de tracción asistida por gravedad; dispositivo de Game Ready para terapia/equipo de frío/calor; accesorios de la cama de hospital: soporte de cama, mesa puente, tabla, dispositivo de apoyo; cama hospitalaria completamente eléctrica; levantamiento hidráulico para camioneta; terapia hiperbárica con oxígeno; insumos para la incontinencia; dispositivos de interferencia; sistema de almohadillas térmicas infrarrojas y almohadillas de reemplazo; sistema y accesorios de ventilación percusiva intrapulmonar; tabla de inversión; dispositivos para masajes; nebulizador portátil ultrasónico; ondas de radio pulsadas de alta frecuencia no térmicas/dispositivo de tratamiento de energía electromagnética de alta potencia; unidades de baño de parafina (estándar) no portátiles; sistema de restricción de vehículos para pasajeros; elevadores para pacientes (sistema para el baño o inodoro de pie, sistema de bipedestación, sistema móvil y fijo); asientos de posicionamiento para personas con necesidades ortopédicas especiales; asiento para el inodoro elevado; alcanzador de objetos; accesorio de elevación de escúter para rampa de vehículos (para modificaciones en el hogar); silla para ducha con o sin ruedas; calzadores de calcetines; sillas pediátricas (con asiento cómodo); sistema de alerta telefónica de salvamento; cajas de luz terapéutica; sistemas de estimulación eléctrica transcutánea de las articulaciones (BioniCare); banco de transferencia para bañeras o inodoros; dispositivos de compresión vasoneumática; mantas/chalecos con peso; postizos/pelucas; dispositivos y accesorios para calentamiento de heridas. Usted es responsable del costo total del equipo extraviado, robado o dañado (salvo por el desgaste normal).

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Vendajes/férulas/yesos/fajas

Los vendajes, las férulas, los yesos y las fajas que le coloca un proveedor están cubiertos y no se requiere un costo compartido. Sin límite máximo de beneficio.

Limitaciones: la cobertura se limita al artículo de DME, dispositivo protésico o dispositivo ortopédico estándar que cumpla de manera adecuada con las necesidades médicas del miembro.

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio

Fuera de la red: sin cobertura

Dispositivos protésicos

Los dispositivos protésicos son aquellos dispositivos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan para reemplazar todo o parte de un órgano o una extremidad. Los dispositivos protésicos pueden requerir autorización previa.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Los dispositivos protésicos requieren autorización previa. La cobertura incluye los siguientes dispositivos protésicos:

- Dispositivos implantados internamente para objetivos funcionales, tales como marcapasos y articulaciones de caderas.
- Dispositivos protésicos para miembros que se han sometido a una mastectomía. Las prótesis internas y externas están cubiertas dentro de la red. DHMP designará la fuente de la que se pueden obtener las prótesis externas. El reemplazo se realizará cuando una prótesis ya no sea funcional. Las prótesis realizadas a medida se brindarán cuando sea necesario.
- Dispositivos protésicos, tales como obturadores y aparatos para el habla y la alimentación, que se requieren para el tratamiento de labio leporino y paladar hendido en los miembros recién nacidos, cuando son indicados por un proveedor de la red y se obtienen de fuentes designadas por el plan.
- Dispositivos protésicos que intentan reemplazar todo o una parte de un brazo o una pierna, cuando un médico del plan indica que son médicamente necesarios y se brindan según lo establecido en esta EOC, que incluye reparaciones y reemplazos.
- Prótesis oculares.

Dentro de la red: 20% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Sin límite máximo de beneficio. Consulte la Sección 8 “Limitaciones y exclusiones”.

Dispositivos ortopédicos

Los dispositivos ortopédicos son aquellos dispositivos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan como soporte o para corregir una formación o función defectuosa de una parte del cuerpo que no funciona o funciona mal, o para restringir el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada.

Los dispositivos ortopédicos pueden requerir autorización previa.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Sin límite máximo de beneficio. Consulte la Sección 8 para ver las “Limitaciones y exclusiones”.

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Los servicios de intervención temprana están cubiertos para un dependiente elegible desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños cuando dicho dependiente tenga retrasos del desarrollo o altas probabilidades de tenerlos, según lo define la ley estatal y federal, y que es participante en la Parte C de la Ley Federal de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act), título 20 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), párrafo 1400 y subsiguientes.

Los servicios de intervención temprana son servicios que están autorizados a través del plan de servicio familiar individualizado del dependiente elegible, e incluyen terapia física, ocupacional y del habla, y la gestión de casos. Se debe presentar una copia del plan de servicio familiar individualizado al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department). Todos los servicios deben ser brindados por un proveedor de servicios de intervención temprana calificado que sea parte de la red de DHMP, a menos que se cuente con la aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management) para usar otro proveedor.

No se aplican costos compartidos a los servicios de intervención temprana.

Límite máximo de beneficio: un total de 45 visitas de terapia del habla, ocupacional o física para todos los servicios de intervención temprana por año del plan.

Limitaciones: no están cubiertos el transporte médico que no es de emergencia, la atención de relevo y el servicio de coordinación de servicios según los define la ley federal. La tecnología de asistencia está cubierta solo si es un beneficio de equipo médico durable cubierto. Consulte la sección “Equipo médico durable”.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que una persona inexperta prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente considerar que, en ausencia de atención médica inmediata, podría:

- poner en grave riesgo la salud de la persona o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

- provocar disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes del cuerpo

Si usted o un familiar necesitan atención de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o marquen 9-1-1. No se necesita autorización previa. El costo compartido es el mismo dentro y fuera de la red.

Los servicios para el tratamiento de una emergencia están cubiertos. Vea la definición de “Emergencia” en la Sección 15 “Definiciones”. Si usted es internado en el hospital directamente desde el departamento de emergencias, no tendrá que pagar el costo compartido del departamento de emergencia, pero será responsable del costo compartido como paciente hospitalizado. Consulte la sección “Servicios de hospitalización” para obtener más detalles.

La atención que no es de emergencia, brindada por un departamento de emergencia, no está cubierta, a menos que DHMP, NurseLine (Línea de Enfermería) o su proveedor de atención primaria lo remitan al departamento de emergencias para recibir atención.

La atención de seguimiento después de la visita a un departamento de emergencias debe recibirse de un proveedor de la red de DHMP, a menos que usted esté de viaje fuera del área de cobertura y no pueda viajar al área de servicio en forma razonable. En este caso, está cubierta una visita de seguimiento fuera de la red.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Servicio de ambulancia

Los servicios de ambulancia médicamente necesarios, por tierra o por aire, relacionados con el tratamiento de una emergencia están cubiertos. La ambulancia aérea requiere autorización del plan. El transporte que no es de emergencia está cubierto con una remisión de su proveedor y una autorización del plan. No se exige el copago si lo internan.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por transporte

Fuera de la red: 50% de coseguro después de deducible por transporte

Servicios de atención de urgencia

La atención de urgencia es el tratamiento médico inmediato para pacientes ambulatorios en caso de una enfermedad o lesión aguda. Los servicios de atención de urgencia están cubiertos en cualquier centro de atención de urgencia con el mismo costo compartido dentro y fuera de la red. Los miembros también pueden llamar a NurseLine (Línea de Enfermería) al 303-739-1261 para recibir asistencia.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

EXÁMENES OCULARES Y OFTALMOLOGÍA

Los exámenes de detección visuales de rutina para diagnóstico están cubiertos si los realiza un proveedor de la red de Elevate Health Plans para niños. Se permite la autorremisión. Otros servicios oftalmológicos están cubiertos según la remisión de su proveedor de atención primaria.

Beneficio de oftalmología pediátrica:

Dentro de la red: cobertura del 100% para niños menores de 18 años de edad

Fuera de la red: sin cobertura

Un par de anteojos, incluye los armazones y los lentes, o lentes de contacto cada 24 meses. Límite de un examen ocular de rutina cada 12 meses.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

No es necesario contar con la autorización previa de DHMP ni de ninguna otra persona (incluso un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a los servicios de un especialista en obstetricia o ginecología dentro de la red.

Se cubre lo siguiente si se obtiene de un proveedor de la red. Estos servicios son preventivos y no se aplicarán costos compartidos.

- Asesoramiento sobre planificación familiar.
- Información sobre control de la natalidad.
- Diafragmas (y adaptación).
- Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos.
- Procedimientos de esterilización, como ligaduras de trompas y vasectomías.
- Anticonceptivos (orales) que estén en el *Formulario de medicamentos* hasta un suministro para 12 meses (consulte

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

la sección “Farmacia”). Hasta la fecha, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) aprobó 18 métodos anticonceptivos distintos. Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA están cubiertos por esta póliza, sin costo compartido, según lo exigen la ley estatal y federal.

Dentro de la red: cobertura del 100%
Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de aborto

Los servicios de aborto están cubiertos si se obtienen de un proveedor de la red y no se aplicará ningún costo compartido una vez que se haya alcanzado el deducible.

Dentro de la red: 0% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

Excepciones del *Formulario de medicamentos*: un miembro o una persona que emite la receta pueden solicitar una excepción al *Formulario de medicamentos* (cobertura de un medicamento que no figura en el *Formulario de medicamentos*). Un farmacéutico revisará la solicitud para determinar si se han cumplido las siguientes reglas:

- La solicitud de cobertura es para una indicación (afección de salud) respaldada por la literatura médica.
- El plan requiere la prueba terapéutica de al menos dos medicaciones alternativas del *Formulario de medicamentos* diferentes a la medicación solicitada que no figura en el *Formulario de medicamentos*. El proveedor o miembro tendría que demostrar que no pudo completar la prueba de estas alternativas. De lo contrario, necesitarían demostrar que las alternativas del *Formulario de medicamentos* estarían contraindicadas para su uso. En los casos en que solo existe una alternativa del *Formulario de medicamentos*, se requiere una prueba terapéutica adecuada con esta alternativa antes de considerar la cobertura de la medicación que no figura en el *Formulario de medicamentos*.
- La prueba de medicaciones alternativas del *Formulario de medicamentos* debe realizarse por un periodo razonable. Esto se define como un mes de terapia o más, excepto en los casos en que la persona que emite la receta indique razones clínicas por las que las alternativas están contraindicadas o no son eficaces, tolerables o seguras.

El formulario de solicitud de autorización previa (Prior Authorization Request, PAR)/solicitud de excepción de farmacia se encuentra en la página web para miembros de DHMP en la siguiente ubicación:

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy-prior-authorization-par-exception-request-form>

Servicios para tratar la infertilidad

Los servicios para tratar la infertilidad están cubiertos, incluidas las pruebas de diagnóstico, el tratamiento de la infertilidad involuntaria y la inseminación artificial, excepto para donantes de esperma, donantes de óvulos y servicios relacionados con su obtención y almacenamiento, el asesoramiento y las instrucciones médicas adecuados, de acuerdo con la práctica médica aceptada.

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio
Fuera de la red: sin cobertura

Consulte la Sección 8 para ver las “Limitaciones y exclusiones”.

DISFORIA DE GÉNERO Y ATENCIÓN PARA LA AFIRMACIÓN DE SEXO

Los tratamientos y procedimientos médicamente necesarios están cubiertos, incluida la atención pre y posoperatoria. Se requiere autorización previa y determinar que es una necesidad médica para todos los servicios quirúrgicos. DHMP no denegará, excluirá ni limitará de otro modo la cobertura de atención para la afirmación de sexo para los servicios médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares profesionales de atención generalmente aceptados, en función de la orientación sexual o la identidad de género.

Los servicios cubiertos incluyen todos los servicios de salud física y conductual médicamente necesarios, entre otros, las visitas al consultorio, el asesoramiento, la salud preventiva, las terapias hormonales, los medicamentos con receta, los servicios de laboratorio y los procedimientos quirúrgicos, incluida la atención pre y posoperatoria. Usted paga el copago, coseguro o deducible correspondiente por el tipo de servicio aplicable que se indica en la sección “Tabla de beneficios (quién paga qué)”. Por ejemplo, consulte “Servicios de hospitalización” en la “Tabla de beneficios (quién paga qué)” para conocer el copago, coseguro o deducible que se aplica a los servicios y la atención hospitalaria como paciente hospitalizado. Esto incluye todos los servicios indicados a continuación:

- terapia hormonal (cualquier medicamento solicitado para la atención de afirmación de género se aprobará mediante una solicitud de autorización previa a través del beneficio médico o de farmacia), incluidos los servicios

¿Preguntas? Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o sin costo al 1-855-823-8872.
(Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

de laboratorio asociados

- remoción de vello por láser o con electrólisis (en sitios quirúrgicos y no quirúrgicos)
- cirugía de mama/pecho (de hombre a mujer)
- mamoplastia de aumento
- implantes/injertos de grasa
- aumento/reducción/construcción de mamas/pecho
- penectomía
- orquiectomía
- vaginoplastia
- dilatador (equipo médico)
- clitoroplastia
- vulvoplastia
- labioplastia
- prostatectomía
- reconstrucción perineal/de vagina
- cirugía de feminización facial
- blefaroplastia (modificación de ojos y párpados)
- estiramiento facial/de la frente o el cuello
- remodelación ósea facial para feminización facial
- genioplastia (reducción del ancho del mentón)
- ritidectomía (mejilla, mentón y cuello)
- implantes de mejillas, mentón y nariz
- levantamiento/aumento de labios
- aumento/creación/reducción del ángulo mandibular (mandíbula)
- reconstrucción orbitaria
- reducción del cartílago tiroideo/tiroidocordoplastia de reducción
- aumento de los glúteos (implantes/injertos de grasa)
- reconstrucción capilar
- rinoplastia (remodelación nasal)
- mastectomía subcutánea (para la creación de pecho masculino)
- mastectomía simple/total
- mastectomía parcial
- mastectomía radical modificada
- mastectomía radical
- reducción mamaria (mamoplastia de reducción)
- histerectomía
- ovariectomía/ooforectomía
- salpingectomía
- liposucción
- metoidioplastia
- faloplastia
- vaginectomía
- vulvectomía
- escrotoplastia
- uretroplastia
- traquelectomía
- reconstrucción del pene/perineal
- implante peniano o prótesis testicular
- cirugía de la voz
- implantes pectorales
- implantes de pantorrillas
- reconstrucción del pezón después de la mastectomía

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

- clases de terapia de la voz

Las listas anteriores no son listas integrales o exhaustivas de los procedimientos quirúrgicos o las terapias disponibles para una persona transgénero, sino que solo brindan ejemplos de los detalles que la División de Seguros (Division of Insurance) espera que se describan en los documentos del Certificado de cobertura, la Evidencia de cobertura y el Resumen de beneficios de cobertura del plan. Tenga en cuenta que la Regulación de Seguros de Colorado 4-6-62 relativa a las prohibiciones de la Ley de Prácticas Desleales de Seguros (Insurance Unfair Practices Act) sobre la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad de género prohíbe la discriminación en los planes de seguro de salud privados basada en la orientación sexual o identidad de género.

Dentro de la red: costo compartido correspondiente para el tipo de servicio

Fuera de la red: sin cobertura

Consulte la Sección 8 para ver las “Limitaciones y exclusiones”.

EXÁMENES DE AUDICIÓN Y AUDÍFONOS

Los audífonos están cubiertos cuando sean médicamente necesarios. Los exámenes de audición y las adaptaciones de audífonos están cubiertos en las visitas clínicas y se aplica el costo compartido correspondiente.

Exámenes de audición (hasta los 19 años):

Dentro de la red: cobertura del 100%

Fuera de la red: sin cobertura

Audífonos (hasta los 18 años):

Dentro de la red: cobertura del 100%

Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: no está cubierto con más frecuencia que cada cinco años, sin embargo, se cubre un audífono nuevo cuando las alteraciones del audífono existente no pueden satisfacer las necesidades del niño de manera adecuada. Este requisito se aplicará a cada audífono si el menor tiene dos audífonos.

➤ Los implantes cocleares están cubiertos con autorización previa. El dispositivo tiene cobertura del 100%. Se aplicará un costo compartido adecuado a los servicios quirúrgicos asociados al dispositivo.

ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Antes de recibir los servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio se los brinde. Debe estar confinado en el domicilio, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo.

La atención médica a domicilio brindada por un proveedor de atención médica a domicilio de la red de DHMP está cubierta. La cobertura requiere evaluación periódica de su proveedor. La atención médica a domicilio debe ser indicada por un médico y puede requerir autorización previa.

Recién nacido y posparto

Las madres y recién nacidos que, según lo soliciten y con la aprobación del médico, reciban el alta hospitalaria antes de las 48 horas después de un parto vaginal o antes de las 96 horas después de una cesárea, tienen derecho a una visita domiciliar de un enfermero diplomado. Las visitas adicionales por necesidad médica podrán ser autorizadas por DHMP.

Terapia física, ocupacional y del habla

La terapia física, ocupacional y del habla, así como también los servicios de audiología, a domicilio, están cubiertos cuando son servicios de atención médica a domicilio y son recetados por su proveedor de atención primaria o especialista, y pueden requerir autorización previa.

Se puede requerir evaluación periódica y autorización continua para prolongar la terapia más allá del tiempo especificado en la autorización inicial.

Por lo general, las terapias física, ocupacional y del habla, y los servicios de audiología a domicilio serán autorizados solo hasta que se alcance la mejoría médica máxima o hasta que el paciente pueda participar en rehabilitación ambulatoria.

Sin embargo, se cubren los servicios de intervención temprana para los dependientes elegibles desde el nacimiento hasta el tercer cumpleaños, incluso si el objetivo de la terapia es mantener la capacidad funcional. Consulte la sección “Servicios de intervención temprana” para obtener información más detallada sobre las terapias autorizadas.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Servicios de enfermería especializada

Los servicios de atención de enfermería especializada intermitente y de tiempo parcial están cubiertos a domicilio cuando el tratamiento solo puede ser administrado por un enfermero diplomado (Registered Nurse, RN) o por un enfermero práctico habilitado (Licensed Practical Nurse, LPN). Los servicios de auxiliar de enfermería certificado, bajo la supervisión de un RN o LPN también están cubiertos. Estos servicios son para la continuación inmediata y temporal del tratamiento de una lesión o enfermedad. Incluye terapia de infusión intravenosa domiciliaria. Los servicios de enfermería domiciliaria se brindan solo cuando están indicados por su proveedor de atención primaria o especialista, y pueden requerir autorización previa de DHMP, y solo por el tiempo especificado. Se requiere revisión periódica y autorización continua para extender el beneficio. No se pagarán los beneficios de cuidado de custodia o cuando se logre la mejoría máxima, y no se pueda anticipar ninguna otra mejoría detectable sustancial.

Otros servicios

La terapia respiratoria y de inhalación, el asesoramiento nutricional por un nutricionista o dietista, y los servicios de trabajo social médico también son servicios médicos a domicilio cubiertos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 28 horas por semana

CUIDADOS PALIATIVOS

Los servicios de hospitalización o cuidados paliativos domiciliarios para los miembros que tengan una enfermedad terminal están cubiertos cuando son brindados por un programa de cuidados paliativos aprobado dentro de la red. Cada período de beneficios del centro de cuidados paliativos tiene una duración de tres meses. Los servicios del centro de cuidados paliativos pueden requerir autorización de DHMP antes de recibir la atención.

Los beneficios del centro de cuidados paliativos están permitidos solo para personas con enfermedades terminales que tengan una expectativa de vida de seis meses o menos. Cualquier miembro que cumpla con los requisitos para obtener los servicios en centros de cuidados paliativos recibe dos periodos de beneficios de 3 meses de cuidados paliativos. En caso de que el miembro viva más allá de su expectativa de vida pronosticada y agote sus dos períodos de beneficio de cuidado paliativo por 3 meses, los beneficios de centro de cuidados paliativos continuarán con la misma frecuencia por un período de beneficios adicional.

Después de la finalización de los tres períodos de beneficios, la Gestión de la Utilización de Servicios trabajará con el médico de atención primaria y con el director médico del centro de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. Los servicios y gastos incurridos en relación con una enfermedad o lesión no relacionada se procesan según las disposiciones de este manual. Se ofrece atención paliativa para nuestros miembros. La red es limitada, se solicita que llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para solicitar más información.

Después de la finalización de los tres períodos de beneficios, la Gestión de la Utilización de Servicios trabajará con el médico de atención primaria y con el director médico del centro de cuidados paliativos para determinar si es adecuado continuar con los cuidados paliativos. Los servicios y gastos incurridos en relación con una enfermedad o lesión no relacionada se procesan según las disposiciones de este manual. Se ofrece atención paliativa para nuestros miembros. La red es limitada, se solicita que llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para solicitar más información.

Cuidados paliativos domiciliarios

Los siguientes servicios del centro de cuidados paliativos están disponibles en un programa de cuidados paliativos domiciliarios. Contacte a su proveedor del centro de cuidados paliativos para obtener detalles:

- Visitas médicas de médicos del centro de cuidados paliativos.
- Servicios de enfermería especializada intermitentes de un enfermero diplomado o LPN, y servicios de enfermería de guardia las 24 horas.
- Insumos médicos.
- Alquiler o compra de equipo médico durable.
- Medicamentos y productos biológicos para el miembro que padece una enfermedad terminal.
- Prótesis y aparatos ortopédicos.
- Pruebas de diagnóstico.
- Oxígeno e insumos respiratorios.
- Transporte.
- Atención de relevo durante un período que no excederá los cinco días consecutivos por cada 60 días de cuidados paliativos. No más de dos estadías de atención de relevo están disponibles durante un período de beneficio del centro

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

de cuidados paliativos (la atención de relevo brinda un pequeño descanso de la atención total dada por la familia).

- Asesoramiento pastoral.
- Servicios de un terapeuta con licencia para terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla.
- Servicios de apoyo por duelo para la familia del miembro fallecido durante el periodo de 12 meses después del fallecimiento, hasta un beneficio máximo de \$1,150.
- Servicios médicos y sociales intermitentes brindados por una persona calificada con un título en trabajo social, psicología o asesoramiento, y servicio de turno las 24 horas; dichos servicios pueden ser brindados con el fin de ayudar a familiares a tratar una afección médica específica.
- Servicios de un auxiliar de enfermería certificado o personal doméstico bajo la supervisión de un enfermero diplomado (Registered Nurse, RN) y en conjunto con atención de enfermería especializada, y servicios de enfermería delegados a otros asistentes y voluntarios capacitados.
- Asesoramiento nutricional por un nutricionista o dietista, y orientación y apoyo nutricional, como alimentación intravenosa e hiperalimentación.

Establecimiento de cuidados paliativos

El centro de cuidados paliativos es brindado a un paciente hospitalizado en un establecimiento de cuidados paliativos con licencia para el control del dolor o cuando el control de los síntomas agudos no puede lograrse en el hogar, y pueden requerir autorización previa de DHMP. Esto incluye atención por parte del personal del centro de cuidados paliativos, equipos e insumos médicos, medicamentos con receta y productos biológicos, y asesoramiento para la familia, que se ofrece generalmente en los centros de cuidados paliativos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

VACUNAS

No hay costos compartidos por vacunas preventivas, incluidas las vacunas contra la COVID-19. DHMP cubre todas las vacunas recomendadas por los CDC. Puede encontrar un calendario de estas vacunas en nuestro sitio web en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>, así como también lo puede encontrar en el sitio web de los CDC en <https://cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>. DHMP cubrirá estas vacunas en función de los indicadores de edad y riesgo enumerados por los CDC.

Las vacunas para viajes no son un beneficio cubierto. Sin embargo, algunas vacunas para viajes pueden incluirse en la lista de recomendaciones de los CDC. Todas las vacunas dentro de la lista de los CDC tienen cobertura del 100%. Los medicamentos profilácticos para viajes incluidos en el *Formulario de medicamentos* están cubiertos si se los prescribe su proveedor de atención primaria. Las vacunas para viajes administradas en una Clínica para Viajes (Travel Clinic) no están cubiertas, a menos que las vacunas estén en la lista de inmunización recomendada por los CDC. No se cubrirán las vacunas con "viaje" como único indicador. Las visitas a las clínicas para la administración de vacunas no necesitan costos compartidos. Sin embargo, si la visita implica una combinación de la inyección y una visita a un proveedor de atención primaria o a un especialista, se aplicarán los costos compartidos requeridos.

SERVICIOS DE INFUSIÓN

Todos los servicios de infusión médicamente necesarios, incluso la quimioterapia, están cubiertos dentro de la red.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: sin cobertura

ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES

El costo compartido por inyecciones se aplica a las inyecciones complejas que deben ser administradas por un médico. Una vacuna contra la alergia, otra inmunización o cualquier inyección aplicada por un enfermero no requerirá un costo compartido. Sin embargo, si la visita implica una combinación de la inyección y una visita a un proveedor de atención primaria o a un especialista, se aplicarán los costos compartidos requeridos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: sin cobertura

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Toda internación en un hospital, que no sea una internación de emergencia, debe realizarse en un hospital dentro de la red y debe contar con la autorización previa de DHMP. La hospitalización de emergencia debe ser informada a DHMP al 303-602-2140 dentro de un día hábil.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

- Los servicios de hospital, entre los que están incluidos cirugía, anestesia, laboratorio, patología, radiología, radioterapia, terapia respiratoria, terapia física, ocupacional y del habla están cubiertos. Oxígeno y otros gases, medicamentos, medicaciones y productos biológicos (incluso sangre y plasma), según se indiquen, también están cubiertos. Consulte la Sección 8 “Limitaciones y exclusiones” para ver los servicios no cubiertos.
- La atención de enfermería para pacientes hospitalizados en general está cubierta. Los servicios de enfermería privada y los cuidadores están cubiertos solo cuando son médicamente necesarios y pueden requerir autorización previa.
- Las adaptaciones necesarias para prestar servicios cubiertos médicamente necesarios están cubiertas, e incluyen cama (una habitación semiprivada, privada cuando esté disponible, una habitación privada cuando sea médicamente necesario), comidas y servicios de un dietista, uso de quirófanos y salas de tratamiento especializado, y uso de centros de cuidados intensivos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación

Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de internaciones de emergencia

Nota: Si es ingresado en un hospital fuera de la red como resultado de una emergencia y posteriormente trasladado a uno dentro de la red, será responsable del costo compartido de los servicios de internación.

Limitaciones: si solicita una habitación privada, el plan pagará solo lo que pagaría por una habitación semiprivada. Usted será responsable de pagar la diferencia del cargo. Si su afección médica requiere que esté aislado para protegerlo o proteger a otros pacientes de una exposición a bacterias peligrosas, o si tiene una enfermedad o afección que requieren aislamiento según la legislación de salud pública, DHMP pagará por la habitación privada.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y PATOLOGÍA

Todos los servicios de análisis de laboratorio y patología médicamente necesarios solicitados por su proveedor de atención primaria o especialista, o que resulten de la atención de emergencia o urgencia están cubiertos. Las pruebas para detectar la COVID-19 están cubiertas sin costo compartido.

Ciertas pruebas genéticas están cubiertas y pueden requerir autorización previa.

Los diagnósticos y las evaluaciones de detección de enfermedades prenatales que se realizan mediante muestreo de vellosidades coriónicas (chorionic villus sampling, CVS), amniocentesis o ultrasonido están cubiertos para identificar afecciones o enfermedades/trastornos específicos que constituyan un riesgo para el niño o el embarazo.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

ATENCIÓN DE MATERNIDAD

Atención prenatal

Las visitas al consultorio, los servicios médicos, los servicios de laboratorio y radiológicos necesarios para el embarazo, cuando dicha atención es brindada por un proveedor de la red, están cubiertos, aunque se puede aplicar un costo compartido. Usted puede recibir servicios obstétricos de su proveedor de atención primaria o de cualquier obstetra de la red. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para ver a un obstetra o ginecólogo, médico, enfermero obstétrico certificado o enfermero profesional participante. Las visitas prenatales se tratan como visitas femeninas de rutina con fines preventivos y tienen cobertura del 100%. Los costos compartidos se aplicarán a servicios tales como ultrasonidos o análisis de sangre, etc. que no son considerados preventivos por las listas A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. y tampoco por las Pautas de Servicios Preventivos para la Mujer (Women’s Preventive Services Guidelines) de la HRSA.

Se recomienda a las mujeres embarazadas limitar los viajes fuera del área de cobertura de la red durante el último mes de embarazo. Si se aplica una designación de “alto riesgo”, las madres deben limitar los viajes que no son de emergencia dentro de los dos meses de la fecha esperada de parto.

Todas las visitas prenatales y la primera visita posparto se consideran como atención preventiva y tienen cobertura del 100%. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Dentro de la red: cobertura del 100%

Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de emergencias

Parto (vaginal o cesárea)

Todos los gastos de hospital, médicos, de laboratorio y otros relacionados con un parto vaginal o una cesárea médicamente necesaria están cubiertos cuando se realizan en un establecimiento acreditado dentro de la red de DHMP. Solo se cubren los partos de emergencia en los establecimientos fuera de la red DHMP. Todas las enfermedades o los problemas de salud que sean una complicación del embarazo o del parto estarán cubiertas de la misma manera y con las mismas limitaciones que cualquier otra enfermedad o problema de salud.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

La madre y el niño deben tener una estadía en el hospital mínima de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea, a menos que la madre y el médico a cargo de la atención acuerden que sea más breve. Si las 48 horas o 96 horas siguientes al parto son posteriores a las 8 p.m., la estadía en el hospital continuará y estará cubierta al menos hasta las 8 a.m. de la mañana siguiente.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación

Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de internaciones de emergencia

Nota: Si la madre y el bebé son dados de alta juntos, se aplica un copago. Si se les da de alta por separado, se aplicarán dos copagos.

Limitaciones: los partos en el hogar no están cubiertos.

Posparto

Los equipos y el apoyo para la lactancia materna son beneficios cubiertos para las madres y los recién nacidos de DHMP. Puede solicitar un extractor de leche completamente cubierto a través de nuestro proveedor preferido. Llame al 303-602-2090 para obtener más información.

* La cobertura se limita al equipo estándar brindado por un proveedor de DME contratado por DHMP.

ALIMENTOS MÉDICOS

Los alimentos médicos están cubiertos para las fórmulas metabólicas para tratar trastornos enzimáticos causados por defectos de un solo gen implicados en el metabolismo de aminoácidos, ácidos grasos y orgánicos, que pueden incluir, entre otras, las siguientes afecciones diagnosticadas:

- fenilcetonuria
- fenilcetonuria materna
- enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
- tirosinemia
- homocistinuria
- histidinemia
- trastornos del ciclo de la urea
- hiperlisinemia
- acidemias glutáricas
- acidemia metilmalónica
- acidemia propiónica

La atención y el tratamiento cubiertos de dichas afecciones pueden incluir, hasta cierto punto médicamente necesario, alimentos médicos para el consumo doméstico para los cuales un médico que es proveedor participante emite una receta escrita, oral o electrónica. La nutrición enteral (por sonda) o parenteral (por infusión intravenosa) está cubierta si el miembro tiene una enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que la comida ingrese en el intestino delgado, o dichas estructuras no funcionan, o tiene una limitación del intestino delgado que afecta la digestión y absorción de una dieta oral.

Consulte la sección “Limitaciones y exclusiones” para obtener información detallada.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL Y SALUD MENTAL

Servicios de salud conductual/mental/psiquiátricos para pacientes hospitalizados

La atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados está cubierta en un establecimiento de la red.

Se requiere autorización previa para las internaciones que no son de emergencia. Se debe realizar una notificación al plan tan pronto como sea posible y razonable, preferentemente en el plazo de un día hábil de la internación de emergencia.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación

Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de emergencias

Hospitalización parcial/tratamiento diurno

La “hospitalización parcial” se define como tratamiento continuo en un establecimiento de la red por al menos tres horas por día, pero sin superar las 12 horas por día.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

La terapia de residencia virtual es un beneficio cubierto cuando es médicamente necesaria y otras terapias e intervenciones no han sido exitosas. Consulte la Sección 15 “Definiciones” para obtener más información. La terapia de residencia virtual se considera atención ambulatoria y se aplica el costo compartido de paciente ambulatorio para cada día de servicio. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Se puede requerir autorización previa.

Dentro de la red: 50% de coseguro por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Servicios de salud conductual/mental/psiquiátricos para pacientes ambulatorios

Las sesiones de psicoterapia individual y grupal están cubiertas. Puede obtener servicios de salud mental de cualquier profesional de salud mental de la red de DHMP, no se requiere una remisión. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Visita ambulatoria al consultorio:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Servicios ambulatorios:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

Tratamiento asistido con medicaciones (MAT)

El tratamiento asistido con medicaciones (Medication-Assisted Treatment, MAT), una combinación de terapias conductuales y medicaciones aprobadas por la FDA para tratar los trastornos por uso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), es un beneficio cubierto. Esta cobertura incluye los servicios ofrecidos por los Programas de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Programs, OTP) para la administración y el mantenimiento de metadona para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD).

Asesoramiento matrimonial, asesoramiento para manejar el estrés y terapia de familia

El asesoramiento matrimonial y de pareja, la terapia de familia y el asesoramiento para afecciones relacionadas con el estrés están cubiertas. Puede obtener estos servicios de cualquier profesional de salud mental de la red de DHMP sin una remisión de su proveedor de atención primaria. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Visita ambulatoria al consultorio:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Servicios ambulatorios:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

Trastornos mentales y enfermedades mentales con base biológica

DHMP brindará cobertura para el tratamiento de los trastornos mentales y las enfermedades mentales con base biológica que no sea menos extensiva que para cualquier otra enfermedad física. Sin límite máximo de beneficio. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Paciente hospitalizado:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación
Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de emergencias

Se requiere autorización previa para los servicios para pacientes hospitalizados.

Visita ambulatoria al consultorio:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Servicios ambulatorios:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

Examen de bienestar de salud mental:

Dentro de la red: sin cargo, una visita por año
Fuera de la red: sin cobertura

Limitaciones: una visita por año. El costo compartido se puede aplicar a los servicios adicionales que se realicen en estas visitas.

Nota: Los servicios de salud conductual, salud mental y servicios para casos de trastornos por uso de sustancias por orden judicial están cubiertos. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes.

No se utilizará el índice de masa corporal (Body Mass Index, IMC) o el peso corporal ideal (Ideal Body Weight, IBW) ni ningún otro estándar que requiera un peso específico para determinar la necesidad médica o la idoneidad del nivel de atención del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, incluidos, entre otros, la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa atípica, el trastorno por atracón, el trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos y otros trastornos específicos de la alimentación y la conducta alimentaria definidos en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

El IMC o el IBW no serán un factor determinante para evaluar la necesidad médica o la idoneidad del nivel de atención para el tratamiento de la anorexia nerviosa, el subtipo por restricción o el subtipo por atracón/purgas según se define en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Todos los gastos hospitalarios, médicos, de laboratorio y otros dentro de la red, relacionados con su recién nacido están cubiertos, incluso los exámenes de rutina para niños en el hospital. Durante los primeros 31 días de vida del recién nacido, los beneficios consisten en la cobertura por cualquier lesión o enfermedad tratada por un proveedor de la red, incluso toda la atención y el tratamiento médicamente necesarios para los defectos congénitos y las anomalías de nacimiento médicamente diagnosticados, independientemente de cualquier limitación o exclusión que normalmente se aplicaría conforme al plan. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes. Debe inscribir a su recién nacido durante los primeros 31 días de vida para que la cobertura continúe.

Después de los primeros 31 días de vida, el plan cubre toda la terapia física, ocupacional y del habla médicamente necesaria para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento siempre que el miembro sea elegible (para obtener más información, consulte la Sección "Terapias").

El plan cubre toda la atención y el tratamiento médicamente necesario para el labio leporino, paladar hendido o ambos, incluso cirugía bucal y facial, gestión quirúrgica y atención de seguimiento por cirujanos plásticos y orales; tratamiento protésico, como obturadores, terapia del habla habilitante, aparatos para el habla, aparatos para la alimentación, tratamiento de ortodoncia y prostodoncia médicamente necesarios, tratamiento de otorrinolaringología y evaluaciones y tratamientos audiológicos. La atención, según esta disposición, para labio leporino o paladar hendido, o ambos continuará mientras el miembro sea elegible. Toda la atención se debe obtener de proveedores de la red de DHMP y puede requerir autorización previa.

Circuncisión

La circuncisión de recién nacidos está cubierta cuando se realiza en un entorno hospitalario antes del alta después del nacimiento. Este procedimiento lo debe realizar un proveedor de atención médica calificado. La cobertura incluye todos los servicios médicos asociados necesarios para el procedimiento de circuncisión.

Una vez que el miembro ha recibido el alta hospitalaria, la circuncisión solo está cubierta cuando existe una necesidad médica demostrada, como infecciones repetidas u otras afecciones médicas que requieran este procedimiento, según lo determine un proveedor de atención médica. Los miembros pueden incurrir en costos de desembolso directo, como deducibles, copagos o coseguros, en función de su plan de beneficios específico y de los servicios de atención médica requeridos para el procedimiento fuera del entorno hospitalario.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

ESTADÍA EN EL HOSPITAL PARA OBSERVACIÓN

La “estadía para observación” se define como una estadía en el hospital de típicamente 23 horas o menos que esté designada como atención ambulatoria.

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	sin cobertura

VISITAS AL CONSULTORIO

Los servicios de atención primaria y servicios especializados están cubiertos. El plan no requiere la remisión a un especialista. Las consultas telefónicas no están sujetas a costos compartidos. Para obtener información sobre los servicios de atención preventiva, consulte la sección “Atención preventiva” de este manual.

Visita de atención primaria:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	sin cobertura

Visita a un especialista:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	sin cobertura

INSUMOS DE OSTOMÍA

Los insumos para colostomía, ileostomía y urostomía están cubiertos.

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red:	sin cobertura

OXÍGENO/EQUIPO DE OXÍGENO

El equipo para la administración de oxígeno está cubierto. El oxígeno está cubierto y no se requiere costo compartido.

No existe el límite máximo de beneficio. Se puede requerir autorización previa.

Oxígeno:

Dentro de la red:	cobertura del 100%
Fuera de la red:	sin cobertura

Equipo de oxígeno:

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red:	sin cobertura

BENEFICIOS DE FARMACIA

DHMP ofrece un beneficio de farmacia que cubre los medicamentos médicamente necesarios según sea requerido por los requisitos y las pautas analizadas a continuación. Según el lugar en el que haga surtir su receta, los costos compartidos y las restricciones pueden variar.

Los miembros no serán responsables de pagar más de \$100 por un suministro para 30 días de insulina, o \$300 por un suministro para 90 días de insulina. No se cobrará a los miembros ningún copago, deducible o coseguro adicional por un surtido adicional de esas mismas recetas en ese periodo de 90 días si el surtido es para garantizar que la persona cubierta disponga de insulina suficiente hasta que comience el siguiente periodo de 90 días.

Dónde puede obtener medicamentos con receta

- Farmacias de Denver Health: DHMP cuenta con farmacias de Denver Health convenientemente ubicadas en muchas de las clínicas de Denver Health. Si bien usted tiene la opción de obtener sus medicamentos con receta en cualquier farmacia de la red nacional, al obtenerlos en las farmacias de Denver Health recibirá el costo compartido más bajo y le permitirá a su proveedor ver la información sobre los medicamentos que adquiere. Esto ayuda a su proveedor a brindarle una atención más completa en cada visita.
 - Para surtir una receta en una farmacia de Denver Health, la receta debe estar escrita por un proveedor de Denver Health.
- Farmacias de National Network: DHMP ofrece miles de farmacias en todo el país para que usted obtenga sus medicamentos con receta. Para localizar una farmacia de la red, acceda a la herramienta “Pharmacy Search” (Búsqueda de farmacias) al iniciar sesión en el portal para miembros desde la página de la farmacia del plan en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy> o puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Renovación de recetas

Para renovar los medicamentos con receta, es mejor llamar de tres a cinco días hábiles antes de que necesite el medicamento. Puede renovar el medicamento con receta una vez que haya usado el 75%. Esto se calcula usando las instrucciones de la receta original. Si las instrucciones cambiaron, contacte a su farmacia o proveedor para obtener una receta actualizada. Si las instrucciones de su receta cambiaron o si necesita una renovación anticipada, informe a la farmacia con anticipación. La farmacia necesitará tiempo adicional para hablar con su proveedor a fin de obtener una nueva receta o la autorización para surtir su receta en forma anticipada.

- Las gotas para ojos se pueden renovar después de que haya utilizado el 70% de su receta. Si su proveedor le emite una receta para que usted obtenga dos frascos a la vez para que lo utilice en la guardería para niños, el centro de cuidado para adultos o la escuela, esto está cubierto por el plan.
- En el caso de los medicamentos con receta (control de la natalidad), la primera cantidad de surtido del medicamento con receta puede ser de hasta un máximo de un suministro de tres meses. La segunda cantidad de surtido de un medicamento con receta puede ser un suministro de hasta 12 meses o hasta el final del año del plan, el que sea más corto.

Para renovar sus medicamentos con receta en las farmacias de Denver Health, llame a la Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health (que también es el número que figura en el frasco de sus medicamentos con receta de la farmacia de Denver Health) o visite: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy>. También puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente.

Farmacia de pedido por correo

Ahorre tiempo y regístrese para que le envíen por correo postal ciertos medicamentos con receta a su hogar. Los miembros de DHMP tienen dos opciones para elegir respecto a la farmacia de pedido por correo. Si consulta a un proveedor de Denver Health, la Farmacia por Correo de Denver Health está disponible para un suministro para 90 días. Si consulta a un proveedor fuera de Denver Health, MedImpact Direct (MID) envíos por correo postal, gestionado por la farmacia Birdi, ofrece una opción de envío por correo para 90 días.

Los formularios de registro y los documentos de preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ) están disponibles para ambas opciones de envíos por correo en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy>.

Farmacia por Correo de Denver Health:

Teléfono: 303-436-4488

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

- La Farmacia por Correo de Denver Health le ofrecerá el copago más bajo.
- Para surtir una receta en una farmacia de Denver Health, la receta debe estar escrita por un proveedor de Denver Health.
- Utilice una de estas tres sencillas opciones para inscribirse en Farmacia por Correo de Denver Health:
 - A través de la aplicación MyChart en su teléfono inteligente.
 - Llame a la Línea de Renovación Automatizada (Automated Refill Line) al 303-389-1390.
 - Llame directamente a la farmacia al 303-436-4488.

Envíos por correo postal de MedImpact Direct (MID), gestionado por la farmacia Birdi:

P.O. Box 51580

Phoenix, AZ 85076-1580

Teléfono: 855-873-8739

medimpactdirect.com

Suministro para 90 días en farmacias de venta al por menor

Su beneficio de farmacia le permite recibir un suministro para 90 días de medicaciones en cualquier farmacia minorista participante de Choice 90. Para saber si su medicamento o farmacia son elegibles para este beneficio, acceda a la herramienta "Drug Price Search" (Búsqueda de precios de medicamentos) al iniciar sesión en el portal para miembros desde la página de la farmacia del plan en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy>, luego seleccione "Online Formulary and Pharmacy Directory" (*Formulario de medicamentos y Directorio de farmacias* en línea) en el enlace "Online Tools" (Herramientas en línea) o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Su *Formulario de medicamentos*

El *Formulario de medicamentos* es una *Lista de medicamentos* cubiertos que muestra los costos de los medicamentos de cada nivel y los requisitos de autorización previa para cada medicación. DHMP seleccionó niveles y determinó los criterios para la autorización previa según la eficacia y la economicidad. Hay distintos costos para cada nivel. El *Formulario de medicamentos* ayuda a los proveedores a elegir el medicamento más adecuado y económico para usted.

- Su *Formulario de medicamentos* cubre muchos medicamentos, incluso medicamentos orales contra el cáncer.
- El uso no indicado en la etiqueta de los medicamentos contra el cáncer está cubierto cuando se considere adecuado.
- Los medicamentos paliativos en el *Formulario de medicamentos* son un beneficio cubierto, en cantidades que están dentro de los límites de dicho formulario, prescritos para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal. Usted debe obtener estos medicamentos en una farmacia que sea parte del plan. Algunos medicamentos están limitados a un máximo de un suministro para 30 días.

La cobertura de algunos medicamentos se basa en la necesidad médica. Para estos medicamentos, usted necesitará una autorización previa del plan. Estos medicamentos están indicados en el *Formulario de medicamentos* como “PA” (autorización previa). Es necesario brindar información clínica que indique el motivo por el que se necesita el medicamento con AP, en la solicitud de autorización previa. DHMP revisará la solicitud de autorización previa según nuestros criterios para necesidad médica y determinará si se cubrirá el medicamento.

Nota: Cuando DHMP modifique o aplique una modificación al *Formulario de medicamentos* con receta actual durante el año del plan en curso, se enviará una notificación 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, tanto a las personas cubiertas inscritas como a los proveedores que emiten las recetas, informándoles de los cambios según la sección 6 de la Regulación de Seguros de Colorado 4-2-93.

Derecho a solicitar una excepción (autorización previa)

El proceso de autorización previa está disponible para que usted y su proveedor soliciten al plan que cubra su medicamento si no está en el *Formulario de medicamentos* o si desea que el plan cubra una cantidad mayor que la permitida en el *Formulario de medicamentos* del plan. Para iniciar una autorización previa, comuníquese con nuestro administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) MedImpact al 800-788-2949.

Si su solicitud requiere acción inmediata y una demora podría aumentar el riesgo para su salud o la capacidad de recuperar su función máxima sustancialmente, llámenos lo antes posible. Proporcionaremos una determinación urgente dentro de las 24 horas.

Si la decisión tomada por el plan no le satisface, usted tiene el derecho de solicitar una apelación o una revisión externa. Consulte la Sección 13 titulada “Apelaciones y quejas” para obtener información adicional.

Si su medicamento no está en el *Formulario de medicamentos*, es posible que exista uno cubierto en el formulario que también funcione en su caso. Si su proveedor no desea cambiar el medicamento por una alternativa incluida en el *Formulario de medicamentos*, usted necesitará una autorización previa del plan.

Puede consultar el *Formulario de medicamentos*, las restricciones y los procedimientos de gestión farmacéutica actuales en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy> o llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para solicitar una copia impresa.

Terapia escalonada

La terapia escalonada es un protocolo que requiere que usted use un medicamento con receta o una serie de medicamentos con receta, aparte del medicamento que su proveedor solicita para su tratamiento, antes de que el plan cubra el medicamento con receta solicitado. Su plan no le exigirá seguir una terapia escalonada siempre que el medicamento con receta se encuentre en el *Formulario de medicamentos* (*Lista de medicamentos* cubiertos) y usted ya haya probado los medicamentos con receta requeridos en la terapia escalonada en nuestro plan o en un plan de seguro de salud anterior, o cuando los medicamentos se suspendieron por falta de eficacia o porque usted tuvo un acontecimiento adverso.

Una compañía aseguradora no puede exigir a una persona cubierta con cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro que se someta a una terapia escalonada para una medicación cubierta que haya sido aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. u otro organismo reconocido para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro.

Una compañía aseguradora no exigirá a una persona cubierta que se someta a una terapia escalonada o que reciba autorización previa:

- antes de que un farmacéutico pueda recetar o entregar un medicamento aprobado por la FDA para la prevención de la infección por VIH que se encuentre en el *Formulario de medicamentos*

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

- antes de que un proveedor pueda, de acuerdo con su ámbito de actuación, recetar o entregar cualquier medicamento aprobado por la FDA y utilizado para el tratamiento o la prevención del VIH que esté incluido en el *Formulario de medicamentos* con receta de la compañía aseguradora

Para el tratamiento de enfermedades mentales graves (SMI), cuando la terapia escalonada es obligatoria, una persona cubierta está obligada a tomar solo un (1) medicamento con receta alternativo antes de recibir cobertura para la medicación que le recete su proveedor de atención médica. Las SMI, tal como las define la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, incluyen los siguientes:

- trastornos bipolares (hipomaníacos, maníacos, depresivos y mixtos)
- depresión en la infancia y la adolescencia
- trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente)
- trastornos obsesivos compulsivos
- trastornos paranoicos y otros trastornos psicóticos
- trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos)
- esquizofrenia

Las muestras de medicamentos no se consideran como el ensayo y el error de un medicamento con receta requerido cuando se intenta cumplir con los requisitos de una terapia escalonada. Cuando usted intenta cumplir con los requisitos de una terapia escalonada, su plan puede exigirle documentación suya o de su proveedor para respaldar su solicitud.

Trastorno por uso de sustancias (SUD)

La autorización previa o la terapia escalonada no son necesarias ni se aplican a ningún medicamento con receta aprobado por la FDA que figure en nuestro *Formulario de medicamentos* para el tratamiento del SUD, definido como trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de opioides, agentes de reversión de opioides y dependencia de la nicotina. Al menos una medicación aprobada por la FDA para el tratamiento de cada SUD definido está disponible en el nivel más bajo del *Formulario de medicamentos*.

Medicamentos especializados

Si obtiene sus medicamentos con receta de un proveedor especialista, por ejemplo, un especialista en enfermedades infecciosas, un reumatólogo, un neurólogo o un oncólogo, podrá obtener medicamentos especializados.

Los medicamentos especializados generalmente son para estados de enfermedad más complejos y requieren atención y manejo especiales.

Todos los medicamentos del *Formulario de medicamentos* que se encuentran en la lista del nivel de especialidad son medicamentos especializados. Algunos medicamentos en otros niveles también pueden ser medicamentos especializados.

- Para averiguar si su medicamento es un medicamento especializado, llame al servicio de asistencia de farmacia al 800-788-2949.

La mayoría de los medicamentos especializados solamente se pueden adquirir en una farmacia de Denver Health o en las farmacias especializadas preferidas elegidas por DHMP.

La mayoría de los medicamentos especializados solamente se pueden adquirir como suministro para 30 días, aun si se los envían a su casa por correo.

Medicamentos genéricos y de marca

Puede ahorrar dinero usando medicamentos genéricos que tienen costos más bajos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration) de EE. UU. en cuanto a seguridad y eficacia, y se fabrican usando los mismos estándares estrictos que se aplican a la alternativa de marca. Por ley, los medicamentos genéricos deben contener montos idénticos de la misma droga activa que el medicamento de marca.

Existe un programa de medicamentos genéricos preferidos. Esto significa que si obtiene un medicamento con receta de marca cuando existe una alternativa genérica disponible, usted tendrá que pagar el costo más la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca. Si su proveedor considera que usted necesita el medicamento de marca, puede completar un formulario de solicitud de autorización previa para informar a DHMP el motivo por el que se necesita el medicamento de marca. Si es aprobado, usted solo deberá pagar el copago del nivel de excepción (nivel 4).

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Exclusiones de medicamentos (Consulte las exclusiones y limitaciones para conocer las limitaciones adicionales)

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Estos incluyen medicamentos para lo siguiente:

- uso cosmético (productos antiarrugas, para la remoción de vello y crecimiento del cabello)
- suplementos dietéticos
- sangre o plasma sanguíneo (excepto los factores antihemofílicos VIII y IX cuando se aprueban con una autorización previa)
- infertilidad
- medicamentos de venta libre (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*)
- pigmentación/despigmentación
- dispositivos o aparatos terapéuticos (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*)
- tratamientos en investigación o experimentales

Información del plan de medicamentos

Visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pharmacy>, haga clic en el nombre del plan adecuado y podrá encontrar lo siguiente:

- Una lista de productos farmacéuticos, incluidas las restricciones y preferencias.
- Información sobre cómo utilizar los procedimientos de gestión farmacéutica.
- Una explicación de los límites o las cuotas.
- Información sobre cómo los profesionales deben brindar información para respaldar una solicitud de excepción.
- El proceso de sustitución de genéricos, de intercambio terapéutico y los protocolos de terapia escalonada.
- Usted también puede solicitar una copia impresa de esta información llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

El deducible no se aplica a los beneficios basados en el copago. Los medicamentos preventivos tienen un costo de \$0 en todas las farmacias.

Los medicamentos enumerados en el *Formulario de medicamentos* como Medicamentos de servicio médico (nivel 6) tendrán montos de desembolso directo correspondientes según el beneficio médico del plan.

	Preventivos (nivel 1)	Genéricos (nivel 2)	Marca preferida (nivel 3)	Especializados de marca no preferida/preferidos (nivel 4):	Especializados (nivel 5)
Farmacia de DH (suministro para 30 días)	0% de coseguro	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible
Farmacia de DH o Farmacia por Correo de DH (suministro para 90 días)	0% de coseguro	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	N/C
Farmacia de National Network (suministro para 30 días)	0% de coseguro	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible
Farmacia de National Network o MedImpact Direct (MID) envíos por correo (suministro para 90 días)	0% de coseguro	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	50% de coseguro después de deducible	N/C

SERVICIOS DE ATENCIÓN PREVENTIVA

DHMP ha desarrollado pautas para la atención clínica y preventiva, y programas de gestión de la salud para ayudar a miembros con afecciones de salud frecuentes, entre las que se incluyen el control de la diabetes, el asma y la atención durante el embarazo. Para obtener información, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>. Los servicios de atención preventiva están diseñados para mantenerlo saludable o para prevenir enfermedades, en lugar de tratar una enfermedad, lesión o afección existente. Consulte la siguiente tabla para conocer el costo compartido que se podría aplicar a los servicios de atención preventiva recibidos de un proveedor de la red. Consulte el siguiente enlace para las evaluaciones de detección recomendadas por el USPSTF: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-and-b-recommendations>.

Este plan también cubre los servicios para dejar de fumar, que incluyen la evaluación de detección, el asesoramiento, los servicios de intento de dejar de fumar y las siete medicaciones para dejar de fumar aprobadas por la FDA, además de QuitLine (Línea para Dejar de Fumar) de Colorado (1-800-QUIT-NOW).

COBERTURA DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN PARA EL VIH

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Se brinda cobertura para la profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) para el VIH, incluidos los servicios de referencia y control de acuerdo con las recomendaciones del USPSTF, para medicaciones aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) sin copago, coseguro ni otro tipo de costo compartido.

Las medicaciones de PrEP para el VIH aprobadas por la FDA que se incluyen en nuestro *Formulario de medicamentos* no están sujetas a terapia escalonada ni a requisitos de autorización previa. Las medicaciones de PrEP para el VIH no incluidas en el *Formulario de medicamentos* y aprobadas por la FDA no están sujetas a terapia escalonada ni a autorización previa cuando las receta o suministra un farmacéutico. Las solicitudes de medicaciones de PrEP para el VIH no incluidas en el *Formulario de medicamentos* y aprobadas por la FDA procedentes de una persona que no sea farmacéutico se procesarán con carácter urgente en un plazo de 24 horas a partir de su recepción.

Los medicamentos preventivos tienen un costo de \$0 en todas las farmacias.

Debe consultar con su médico para determinar qué evaluaciones de detección son adecuadas para usted.

Servicio de atención preventiva	Dentro de la red (Denver Health)	Fuera de la red
Exámenes de atención preventiva anuales para adultos, así como todas las evaluaciones de detección con una calificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF). Evaluaciones de detección (adecuadas a la edad) de atención preventiva, incluidos, entre otros: ➤ evaluaciones de detección de colesterol (perfil de lípidos) ➤ mamografías ➤ colonoscopia/sigmoidoscopia de detección	Cobertura del 100% No hay cargo adicional por estas pruebas.	Sin cobertura
Exámenes femeninos de rutina, incluidos: ➤ visitas prenatales ➤ antecedentes médicos ➤ examen físico de órganos pélvicos, incluido el examen de Papanicolaou ➤ citología vaginal ➤ examen físico mamario ➤ examen de recto incluida la prueba de sangre oculta en heces (Fecal Occult Blood Test, FOBT) ➤ consulta por control de la natalidad, si lo solicitara ➤ análisis de orina	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Atención infantil de rutina, incluidos el examen de rutina, la evaluación de detección de nivel de plomo en sangre y las vacunas	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Exámenes adicionales para el recién nacido. Una visita domiciliar al recién nacido durante la primera semana de vida si recibe el alta hospitalaria antes de las 48 horas después de un parto vaginal o antes de las 96 horas después de un parto por cesárea.	Cobertura del 100%	Sin cobertura
Vacunas de rutina indicadas por el proveedor y conforme a las pautas nacionales	Cobertura del 100%. (Las visitas a las clínicas solo para las vacunas no necesitan costos compartidos. Si la visita es una combinación de la inyección y una visita de atención primaria o visita al especialista, se aplicará el costo compartido requerido).	Sin cobertura
Medicación aprobada por la FDA recetada para la profilaxis previa a la exposición (PrEP).	Cobertura del 100%	Sin cobertura

* Una mujer puede necesitar más de un examen femenino de rutina, es decir, las visitas prenatales están cubiertas como un examen femenino de rutina.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

EVALUACIONES DE DETECCIÓN DE CÁNCER

En DHMP, consideramos que las evaluaciones de detección de cáncer brindan una atención preventiva importante que apoya nuestra misión de mejorar la vida de las personas a las que les prestamos servicios y la salud de nuestras comunidades. Cubrimos las evaluaciones de detección de cáncer según se describen a continuación. Todos los costos compartidos para el miembro se enumeran en la tabla de atención preventiva anterior.

- Exámenes de Papanicolaou: DHMP brinda cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para un examen de Papanicolaou de rutina anual y la visita al consultorio correspondiente al examen.
- Mamografías: DHMP ofrece cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para mamografías de rutina o de diagnóstico independientemente de la edad.
- Evaluaciones de detección de cáncer de próstata: DHMP ofrece cobertura dentro de los beneficios de atención preventiva para evaluaciones de rutina de detección de cáncer de próstata para hombres.
- Evaluaciones de detección de cáncer colorrectal: Existen varios métodos de evaluación de detección de cáncer colorrectal. DHMP brinda cobertura para evaluaciones de detección de cáncer colorrectal de rutina, tales como la prueba de sangre oculta en heces, enema baritado, sigmoidoscopías y colonoscopias. Las personas cubiertas son elegibles para la cobertura de una evaluación de detección de cáncer colorrectal sin costo, de acuerdo con las recomendaciones A o B del USPSTF. La cobertura de la evaluación de detección de cáncer colorrectal se ofrece sin costo para las personas cubiertas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, incluidas las personas cubiertas que tienen antecedentes familiares de cáncer colorrectal; una ocurrencia previa de cáncer o pólipos neoplásicos precursores; una ocurrencia previa de una afección de enfermedad digestiva crónica, como enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa; u otros factores predisponentes según lo determine el proveedor.

RADIOLOGÍA/RADIOGRAFÍAS

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS

Todas las pruebas, los servicios de diagnóstico y los materiales de radiología y radiografías médicamente necesarios e indicados por un proveedor con licencia están cubiertos, incluso los isótopos, las radiografías y las TC para diagnóstico y terapéuticos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por prueba
Fuera de la red: sin cobertura

Radioterapia:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por terapia
Fuera de la red: sin cobertura

Tomografía computada (TC):

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por prueba
Fuera de la red: sin cobertura

Imagen por resonancia magnética (IRM):

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por prueba
Fuera de la red: sin cobertura

Tomografía por emisión de positrones (TEP):

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por prueba
Fuera de la red: sin cobertura

Se puede requerir autorización previa para las TC, IRM y TEP.

DIÁLISIS RENAL

La diálisis renal está cubierta si se realiza en un establecimiento autorizado.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El plan ofrece cobertura para el tratamiento de una infección de transmisión sexual existente; definida como la atención médicamente necesaria para el tratamiento de clamidia, sífilis, gonorrea, VIH y los tipos pertinentes de hepatitis, así como cualquier otra infección de transmisión sexual, independientemente del modo de transmisión.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Dentro de la red: (cobertura del 100%)

Fuera de la red: sin cobertura

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA/SERVICIOS DE ATENCIÓN PROLONGADA

Los servicios de atención prolongada en establecimientos de enfermería especializada autorizados están cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen atención de enfermería especializada; alojamiento y comidas; terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla; servicios sociales médicos; medicamentos con receta; medicaciones; equipos e insumos médicos; y otros servicios originariamente suministrados por el centro de enfermería especializada. Se requiere autorización previa.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 100 días por año del plan

ESTUDIOS DEL SUEÑO

Cubiertos si se realizan en un establecimiento de la red o en el hogar por un proveedor de la red.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: sin cobertura

SERVICIOS PARA TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Uso de drogas y alcohol, desintoxicación

La desintoxicación médica de emergencia se limita a la extracción de la sustancia o las sustancias tóxicas de su sistema, e incluye diagnóstico, evaluación y atención médica de emergencia o aguda. En caso de emergencia, debe notificar a DHMP tan pronto como fuese posible y razonable, y preferentemente dentro de un día hábil.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación

Fuera de la red: sin cobertura, excepto en el caso de emergencias

Rehabilitación del trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados

La internación y el tratamiento deben realizarse en un establecimiento dentro de la red o autorizado, y es posible que necesite autorización previa.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación

Fuera de la red: sin cobertura

Exclusiones: mantenimiento o atención posterior después de un programa de rehabilitación.

Servicios para casos de trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios

Los servicios para casos del uso incorrecto de sustancias que se ofrecen a los miembros que viven en sus respectivas casas y reciben servicios en un establecimiento de la red como pacientes ambulatorios están cubiertos. Los miembros podrán autorremitirse dentro de la red.

Visita ambulatoria al consultorio:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible

Fuera de la red: sin cobertura

Servicios ambulatorios:

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita

Fuera de la red: sin cobertura

Tratamiento asistido con medicaciones (MAT)

El tratamiento asistido con medicaciones (MAT), una combinación de terapias conductuales y medicaciones aprobadas por la FDA para tratar los trastornos por uso de sustancias (SUD), es un beneficio cubierto. Esta cobertura incluye los servicios ofrecidos por los Programas de Tratamiento de Opioides (OTP) para la administración y el mantenimiento de metadona para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OUD).

Nota: Los servicios de salud conductual, salud mental y servicios para casos de trastornos por uso de sustancias por orden judicial están cubiertos. Se aplicarán los costos compartidos correspondientes.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Cirugía para pacientes hospitalizados

Están cubiertas la cirugía y la anestesia en conjunto con una estadía cubierta como paciente hospitalizado.

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por internación, excepto en el caso de trasplantes
Fuera de la red:	sin cobertura

Cirugía para pacientes ambulatorios

Los servicios quirúrgicos en un hospital, establecimiento quirúrgico ambulatorio o consultorio médico de la red de DHMP están cubiertos, incluidos los servicios de un asistente quirúrgico y un anestesista. Los servicios pueden requerir autorización previa de DHMP.

Dentro de la red:	50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red:	sin cobertura

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Cirugía bucal/dental

Los servicios quirúrgicos bucales/dentales están cubiertos cuando dichos servicios están asociados con lo siguiente: tratamiento de emergencia después de la aparición de una lesión en la mandíbula o boca (no están cubiertos los procedimientos de restauración dental de seguimiento), tratamiento de tumores de la boca, tratamiento de afecciones congénitas de la mandíbula que podrían ser sustancialmente perjudiciales para el estado físico del miembro debido a nutrición o respiración inadecuadas, labio leporino, paladar hendido o una afección o enfermedad resultante.

La anestesia general para atención dental, así como también los cargos del hospital y establecimiento relacionados están cubiertos para un menor dependiente en los siguientes casos:

- El niño tiene una afección física, mental o médicamente peligrosa.
- El niño tiene necesidades dentales para las que la anestesia local es ineficaz debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergias.
- El niño es un niño o un adolescente muy poco cooperativo, inmanejable, muy ansioso o poco comunicativo, o es un adolescente con necesidades dentales que se consideran suficientemente importantes como para aplazar la atención dental.
- El niño ha sufrido un extenso traumatismo orofacial y dental.

La anestesia general para la atención dental de un dependiente es autorizada previamente por DHMP y debe ser administrada por un anestesiólogo de la red en un hospital, establecimiento quirúrgico ambulatorio u otro establecimiento de atención médica con licencia de la red para una cirugía realizada por un dentista calificado en odontología pediátrica.

En relación con los niños que nacen con labio leporino o paladar hendido, o con ambas afecciones, consulte la sección "Atención del recién nacido".

Exclusiones: los servicios dentales no descritos anteriormente, servicios odontológicos auxiliares, placas oclusales, sobremordida o submordida, osteotomías, afecciones de la articulación temporomandibular (Temporo Mandibular Joint, TMJ) (excepto como consecuencia de un traumatismo o una fractura), cirugía de tejido duro o blando y afecciones ortogénicas maxilares, mandibulares u otras, a menos que esté certificado por un proveedor participante como médicamente necesario como consecuencia de un traumatismo.

Los siguientes servicios para TMJ pueden estar cubiertos si un médico de la red determina que son médicamente necesarios: radiografías de diagnóstico, pruebas de laboratorio, terapia física y cirugía.

Cirugía de mamas

El plan ofrece cobertura para mastectomías y tumorectomías mamarias médicamente necesarias, y las complicaciones físicas de las mastectomías, incluso los linfedemas. La reconstrucción de mamas del lado afectado y no afectado por un proveedor de la red, así como también los dispositivos protésicos internos, están cubiertos si cuentan con la autorización previa de DHMP.

La reducción mamaria médicamente necesaria está cubierta si es autorizada previamente por DHMP. Los dispositivos protésicos externos después de una mastectomía o tumorectomía mamaria médicamente necesaria están cubiertos según los criterios para el equipo médico durable (DME).

Cirugía reconstructiva

La cirugía reconstructiva, para restaurar la función anatómica del cuerpo después de una pérdida debido a una enfermedad o lesión, está cubierta cuando un proveedor de atención primaria participante la considere médicamente necesaria y cuente con la autorización previa de la Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department).

Trasplantes

Los trasplantes de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, pulmón, corazón-pulmón, hígado, así como los trasplantes de médula ósea para enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia, síndrome de Wiskott-Aldrich, neuroblastoma, cáncer de mama de alto riesgo en etapas II y III, y linfoma están cubiertos. El apoyo de células madre periféricas es un beneficio cubierto para las mismas afecciones enumeradas anteriormente para trasplantes de médula ósea. Los trasplantes no deben ser experimentales, deben cumplir con los criterios del protocolo y deben contar con la autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department) de DHMP.

Los beneficios incluyen los gastos médicos y del hospital, directamente relacionados y razonables, de un donante. La cobertura se limita a los servicios de trasplante brindados al donante o al destinatario solo cuando este último es miembro de DHMP.

Los servicios de trasplante deben ser suministrados en un establecimiento aprobado. DHMP no asume responsabilidad alguna por el suministro de donantes, órganos o la capacidad de los establecimientos.

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por internación
Fuera de la red: sin cobertura

TELESALUD

Los servicios de telesalud son beneficios cubiertos en este plan cuando los servicios se brindan de manera adecuada. No es necesario acceder a la atención a través de los servicios de telesalud. El costo compartido es el mismo que el de la atención “en persona” para un servicio específico. Por ejemplo, si consulta a un proveedor de salud mental a través de los servicios de telesalud, el costo compartido es el mismo que si accede a la atención con un proveedor de salud mental en persona. No se requiere autorización previa. Los servicios de atención médica por fax o correo electrónico no cumplen con los requisitos para considerarse servicios de “telesalud”.

TERAPIAS

Servicios de habilitación

Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla médicamente necesarios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana están cubiertos.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año del plan para cada una de las terapias para aprender habilidades por primera vez o mantener las habilidades actuales. Las visitas adicionales requieren autorización previa.

Servicios de rehabilitación

Las terapias física, ocupacional y del habla se autorizarán solo hasta que se alcance la mejoría médica máxima o se agote el beneficio anual, lo que ocurra primero. Sin embargo, los servicios de intervención temprana para niños hasta el tercer cumpleaños con retrasos del desarrollo están cubiertos sin tener en cuenta la mejoría médica máxima. Consulte la sección “Servicios de intervención temprana”.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año del plan para cada una de las terapias para aprender habilidades por primera vez o mantener las habilidades actuales. Se pueden cubrir visitas adicionales si son médicamente necesarias; se requerirá autorización previa.

Los límites de visitas para la terapia física, ocupacional y del habla no se aplican a las terapias que son médicamente necesarias para tratar el trastorno del espectro autista (consulte la sección “Trastorno del espectro autista”).

Rehabilitación como paciente hospitalizado

Tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario brindado en un establecimiento de rehabilitación designado.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 60 días por afección por año

Rehabilitación cardíaca

Se brinda tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca si está indicado o recomendado por un médico del plan, y es brindado por terapeutas en los establecimientos designados.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año del plan

Rehabilitación pulmonar

Se brinda tratamiento en un programa de rehabilitación pulmonar si está recetado o recomendado por un médico del plan, y es brindado por terapeutas en los establecimientos designados.

Dentro de la red: 50% de coseguro después de deducible por visita
Fuera de la red: sin cobertura

Límite máximo de beneficio: 30 visitas por año del plan

7. Beneficios/cobertura (qué está cubierto)

DEJAR DE FUMAR

Comuníquese con su proveedor de atención primaria acerca de las opciones para dejar de fumar. Colorado QuitLine (Línea para Dejar de Fumar) tiene herramientas y recursos para ayudarlo, incluso asesoramiento y reemplazos de nicotina, como los parches o la goma de mascar. Puede comunicarse con Colorado QuitLine (Línea para Dejar de Fumar) llamando al 1-800-QUIT-NOW. Los medicamentos para dejar de fumar que se encuentran en el *Formulario de medicamentos* están disponibles y tienen cobertura del 100%, incluidos Chantix, la forma genérica de Zyban, los parches de nicotina, la goma de mascar y los comprimidos para chupar.

PROGRAMA DE BIENESTAR

DHMP brinda un programa de bienestar en Internet sin costo alguno para los miembros. Se dispone de una biblioteca de recursos de salud con artículos, herramientas de decisión y talleres sobre muchos temas de atención médica y prevención. Se disponen de talleres, evaluaciones de salud y monitores para revisar y monitorear su actividad, nutrición y medidas de salud.

Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)

Toda adaptación, atención, servicios, equipo, medicación o insumos provistos para los fines indicados a continuación están expresamente excluidos de la cobertura (independientemente de la necesidad médica).

PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Los servicios prestados por un hospital, una farmacia u otro establecimiento, o por un médico u otro proveedor que no participa en la red de DHMP no están cubiertos, salvo que:

- Se presten conforme a la remisión previa por escrito de un proveedor de atención primaria participante y con la autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department).
- Se presten en una circunstancia de emergencia o urgencia y se envíe una notificación al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department) con la mayor brevedad posible y razonable, preferentemente dentro de un día hábil.

EXCLUSIONES GENERALES

Los servicios e insumos mencionados a continuación están excluidos de la cobertura conforme al presente plan:

- **Equipo adaptativo/aparatos correctivos:** Adaptación de teléfonos para sordos; reemplazo de prótesis oculares en caso de extravío, robo o daño; herramientas de lectura y dispositivos para mejorar la visión; rampas para sillas de ruedas; remodelación del hogar o instalación de equipo para el baño y dispositivos protésicos (excepto extremidades artificiales y prótesis de mama).
- **Servicios de ambulancia:** Servicio de ambulancia para atención o transporte que no es de emergencia, salvo que sea solicitado por DHMP con autorización previa.
- **Cabello artificial:** Postizos, trasplantes o implantes capilares.
- **Atención que no es médicamente necesaria:** Atención médica, procedimientos, equipos, insumos o productos farmacéuticos que no cumplen con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, según se determine: si el servicio es el insumo o el nivel de servicio disponible más adecuado para el asegurado en cuestión, considerando los beneficios y daños potenciales para la persona; si se tiene conocimiento de la efectividad del servicio para mejorar resultados de salud, basados en pruebas científicas, estándares profesionales y opinión de expertos; si están basados en pruebas científicas, para aquellos servicios e intervenciones que no forman parte del uso generalizado.
- **Atención quiropráctica:** Hipnoterapia, entrenamiento del comportamiento, terapia del sueño, programas de pérdida de peso, servicios que no están relacionados con el tratamiento del sistema musculoesquelético, servicios de rehabilitación vocacional, termografía, aires acondicionados, purificadores de aire, colchones terapéuticos, insumos u otros dispositivos y aparatos similares, o costos de transporte. Esto incluye los cargos de la ambulancia local; medicamentos con receta, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios u otros productos similares; programas de educación; autoasistencia que no sea médica o entrenamiento de autoayuda; todas las pruebas de diagnóstico relacionadas con estos servicios excluidos; imagen por resonancia magnética (IRM) y otros tipos de diagnóstico por radiología; terapia física y de masajes que no son parte del tratamiento quiropráctico; y equipo médico durable (DME) u otros insumos para uso doméstico.
- **Artículos de confort y conveniencia:** Artículos o servicios de confort o conveniencia personal obtenidos o prestados dentro o fuera de un hospital, u otro establecimiento, como televisión, teléfono, comidas para los acompañantes, artículos para la higiene personal y cualquier otro servicio e insumo adicional similar.
- **Cirugía reconstructiva y cosmética:** Las cirugías o los procedimientos cosméticos y reconstructivos electivos que solo se realizan para mejorar o preservar el aspecto físico. La exclusión no se aplica a la atención de afirmación de sexo médicamente necesaria.
- **Exclusiones por delitos:** Tratamiento médico para lesiones corporales accidentales o enfermedades que tienen lugar mientras el miembro comete un delito o como consecuencia de este, excepto los delitos definidos en los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.), 18-102(5), para personas de 18 años y menores de 18 años de edad.
- **Servicios dentales:** Servicios dentales auxiliares; placas oclusales; sobremordida o submordida; osteotomías; TMJ (excepto como consecuencia de traumatismo o fractura) y cirugía de tejido duro o blando; afecciones maxilares, mandibulares u otro tipo de afecciones ortogénicas, salvo que sean certificados por un profesional de atención primaria (proveedor de atención primaria) participante como médicamente necesarios como consecuencia de un traumatismo. Los siguientes servicios para TMJ pueden estar cubiertos si un médico de la red determina que son médicamente necesarios: radiografías de diagnóstico, pruebas de laboratorio, terapia física y cirugía.
- **Exámenes físicos para la discapacidad/el seguro:** La cobertura de exámenes físicos con el objetivo de determinar o evaluar la salud de un miembro para la inscripción en otro seguro no está incluida en la cobertura.

8. Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)

- **Medicamentos/medicaciones:** Medicamentos que no están en el *Formulario de medicamentos* o los medicamentos que requieren autorización previa si no se recibe una autorización previa.
- **Equipo médico durable:** Los humidificadores, aires acondicionados, equipos para la actividad física, piscina de hidromasaje, spa o club de salud no están incluidos, independientemente de si son o no indicados por un médico.
- **Exámenes laborales:** Los exámenes físicos con fines laborales o los exámenes laborales obligatorios anuales (p. ej., exámenes del Departamento de Transporte [Department of Transportation, D.O.T.]) están excluidos de la cobertura.
- **Infusiones de enzimas:** Terapias para trastornos metabólicos crónicos.
- **Medicamentos excluidos y clases de medicamentos excluidos del beneficio de medicamentos con receta:** Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Entre ellos se incluyen los medicamentos para los siguientes fines: uso cosmético (productos antiarrugas, para remoción de vello y crecimiento del cabello), suplementos dietéticos, sangre o plasma sanguíneo (los factores antihemofílicos VIII y IX están cubiertos), infertilidad, medicamentos de venta libre (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*), pigmentación/despigmentación, dispositivos o aparatos terapéuticos (salvo los incluidos en el *Formulario de medicamentos*), vitaminas recetadas (salvo las incluidas en el *Formulario de medicamentos*), tratamientos en investigación o experimentales.
- **Procedimientos y medicamentos experimentales:** La atención médica, los procedimientos, el equipo, los insumos o los productos farmacéuticos que DHMP determina que son experimentales, se encuentran en investigación o no están generalmente aceptados en la comunidad médica no están cubiertos. Esto significa cualquier procedimiento, equipo, tratamiento o curso de tratamiento médico, o medicamentos considerados no seguros, experimentales o en investigación. Esta resolución se toma sobre la base de estudios formales o informales, opiniones y referencias de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association), la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health), el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas (Council of Medical Specialty Societies), expertos en la materia y cualquier otra asociación, programa federal u organismo con autoridad para aprobar pruebas y tratamientos médicos, o la eficacia y adecuación de los medicamentos o productos farmacéuticos.
- **Atención prolongada:** Atención en sanatorio, supervisada o de relevo (excepto según se establece en servicios de centro de cuidados paliativos), atención de mantenimiento, atención crónica y servicio de enfermería privada.
- **Accesorios para la visión:** Gafas, lentes de contacto, todos los accesorios para la visión excepto lo señalado en los beneficios específicos del plan.
- **Establecimientos gubernamentales:** Servicios o artículos por los cuales el pago es realizado o está disponible de manos del gobierno o de un organismo federal o estatal, o de una subdivisión de estas entidades; servicios o artículos por los cuales un miembro de DHMP no está legalmente obligado a pagar.
- **Servicios para tratar la infertilidad:** Reversión de infertilidad inducida voluntariamente (esterilización); procedimientos considerados experimentales; fertilización in vitro; procedimiento de transferencia intrafalopiana de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT); padres sustitutos; tratamiento de infertilidad con medicamentos; el costo de los servicios asociados a cada uno de estos procedimientos excluidos; el costo asociado a la recolección, la preparación o el almacenamiento de esperma para los miembros que no buscan un tratamiento activo para tratar la infertilidad utilizando esta tecnología de reproducción asistida, los costos asociados a la recolección de esperma para los no miembros de DHMP.
- **Problemas de aprendizaje y de comportamiento:** Educación especial, asesoramiento, terapia o atención por problemas relacionados con dificultades de aprendizaje o de comportamiento, asociados o no con un trastorno mental, retraso u otro problema manifiesto.
- **Centros de tratamiento a largo plazo no estructurados.**
- **Terapia de masajes:** Esta forma de terapia tiene como objetivo mejorar el bienestar general, aliviar el dolor, mejorar la circulación, reducir el estrés, fomentar la relajación y ayudar a la salud general y a la recuperación de lesiones.
- **Atención de maternidad:** Partos en el hogar, cesáreas programadas que no son médicamente necesarias.
- **Alimentos médicos:** Productos alimenticios para fibrosis quística o intolerancia a la soja, u otras alergias a alimentos. Fórmulas infantiles estandarizadas o especializadas para afecciones que no sean errores congénitos del metabolismo o enfermedades metabólicas heredadas, que incluyen, sin carácter limitativo, alergias a alimentos, intolerancia a proteínas múltiples, intolerancia a la lactosa, fórmula sin gluten para enteropatías/enfermedades celíacas sensibles al gluten, alergias a la leche, sensibilidades a la proteína intacta, mala digestión de proteínas o grasas, intolerancias a fórmulas con soja o hidrolizados de proteína, nacimiento prematuro o bajo peso al nacer.
 - espesantes de alimentos
 - suplementos dietéticos y alimenticios
 - productos sin lactosa; productos para ayudar en la digestión de la lactosa
 - productos alimenticios sin gluten

8. Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)

- alimentos y fórmula para la pérdida de peso
- artículos de almacén normales
- dietas bajas en carbohidratos
- comida de bebé
- alimentos frescos que pueden licuarse y usarse con sistemas de alimentación enteral
- postres dulces como suplemento nutricional
- polvos y mezclas de alto contenido proteico
- vitaminas y minerales orales no incluidos dentro del *Formulario de medicamentos*
- **Neuroestimuladores:** Reemplazos o reparaciones, incluso de baterías.
- **Obesidad:** Máximo en tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida de una vez de por vida. Los programas comerciales de pérdida de peso o programas de ejercicios no son beneficios cubiertos.
- **Terapia optométrica de la visión/tratamiento:** Régimen de tratamiento individualizado indicado para brindar tratamiento médicamente necesario para disfunciones visuales diagnosticadas, prevenir el desarrollo de problemas visuales o mejorar el desempeño visual para satisfacer las necesidades específicas del paciente. La terapia optométrica de la visión incluye afecciones visuales como estrabismo, ambliopía, disfunciones de la acomodación, disfunciones oculomotoras, trastornos visomotrices y trastornos de la percepción visual (procesamiento de la información visual).
- **Aparatos ortopédicos:** Calzado correctivo y dispositivos ortopédicos para uso podiátrico y apoyos para el arco. Dispositivos y aparatos dentales, excepto para el tratamiento médicamente necesario de labio leporino o paladar hendido para miembros recién nacidos, que está cubierto cuando lo indica un proveedor de la red. Soportes experimentales y de investigación. Más de un dispositivo ortopédico para la misma parte del cuerpo, excepto por reemplazos; dispositivos de repuesto o uso alternativo. Reemplazo de dispositivos ortopédicos perdidos. Arreglos, ajustes o reemplazos por uso incorrecto.
- **Otros proveedores:** Servicios brindados por masajistas, curanderos, quirománticos, fisiólogos, naturópatas, reflexólogos, masajistas de *rolfing*, iridólogos u otros profesionales de medicina alternativa.
- **Medicamentos de venta libre:** Los medicamentos de venta libre (excepto cuando lo requiera la ley), suplementos nutricionales o dietéticos e insumos médicos de venta libre (excepto las insulinas e insumos para pruebas de diabetes) no están cubiertos. Esto incluye vitaminas, minerales o dietas especiales, incluso si son recetados por un médico (excepto los alimentos médicos para niños con trastornos enzimáticos heredados), con la excepción de artículos con receta, como los electrolitos, ciertas vitaminas y minerales, incluidos en el *Formulario de medicamentos* de Denver Health Medical Plan.
- **Pruebas de paternidad.**
- **Terapia asistida con animales.**
- **Cirugía plástica:** Cirugía plástica con fines cosméticos (esta exclusión no se aplica a la atención de afirmación de sexo médicamente necesaria); eliminación de tatuajes y cicatrices, exfoliaciones químicas o dermoabrasión para el acné.
- **Dispositivos protésicos:** Prótesis dentales, excepto el tratamiento de prostodoncia médicamente necesario para el tratamiento del labio leporino y paladar hendido en miembros recién nacidos, como se describió anteriormente. Dispositivos, equipos y prótesis implantados de manera interna asociados con el tratamiento de la disfunción sexual. Más de un dispositivo protésico para la misma parte del cuerpo, excepto por reemplazos; dispositivos de repuesto o uso alternativo. Reemplazo de los dispositivos protésicos perdidos. Arreglos, ajustes o reemplazos por uso incorrecto.
- **Pruebas psicológicas requeridas por terceros:** Pruebas psicológicas requeridas por terceros; evaluaciones o asesoramiento educativo u ocupacional; asesoramiento vocacional o religioso; trastornos del desarrollo como trastornos de lectura, aritmética, lenguaje o habla; pruebas de coeficiente intelectual (intelligence quotient, CI).
- **Cirugía refractiva:** Cirugía para corregir problemas de la visión, como Lasik, excepto lo señalado en los beneficios específicos del plan.
- **Trasplantes:** Trasplantes de órganos no incluidos en la Sección 7 “Beneficios/cobertura” y los gastos asociados a los donantes para los miembros de DHMP que donan a una persona que no es miembro de DHMP.
- **Rehabilitación vocacional:** Rehabilitación vocacional, servicios relacionados a exámenes de detección o vacunas administradas principalmente para seguro, concesión de licencias, empleo, programas para bajar de peso o cualquier otro objetivo no preventivo.

8. Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)

- **Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo:** Cargos por servicios e insumos (incluidos los exámenes de reincorporación al trabajo) como consecuencia de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, incluidos los gastos derivados de enfermedades o accidentes laborales cubiertos conforme a la compensación al trabajador; la responsabilidad del empleador, las leyes municipales, estatales, federales, o de enfermedades ocupacionales, excepto para los miembros que no están obligados a mantener o ser cubiertos por el seguro de compensación de los trabajadores según lo definido por la legislación de compensación de los trabajadores de Colorado.

Responsabilidad de pago por parte del miembro

ACERCA DE SUS BENEFICIOS MÉDICOS

Todos los servicios cubiertos por DHMP deben cumplir con ciertos requisitos básicos. Los servicios que procure recibir deben ser médicamente necesarios; usted debe utilizar los proveedores de la red de DHMP; los servicios no pueden superar los límites máximos de beneficios y los servicios deben ser adecuados para la enfermedad o lesión.

En general, estos requisitos están incluidos en todos los planes de beneficios de salud, pero a menudo no se los comprende bien o simplemente se los pasa por alto. Al comunicarse con su proveedor de atención primaria y permitirle que gestione su atención, estos requisitos se cumplirán y esto ayudará a que reciba los servicios cubiertos médicamente necesarios.

UN MONTO “PERMITIDO”

DHMP negocia un descuento con cada proveedor de nuestra red. Usted tiene la ventaja de este descuento (monto permitido) y nunca pagará más que el precio negociado con un proveedor contratado dentro de la red.

UN MONTO “FACTURADO”

Esto es lo que el proveedor factura por un servicio que recibió. Estos son los cargos “completos” y el descuento que DHMP negoció aún no se ha aplicado.

LÍMITES MÁXIMOS DE BENEFICIOS

Los límites máximos de beneficios son los límites establecidos por DHMP para la cantidad de visitas por año calendario, de servicios de por vida o un monto máximo en dólares pagados por el plan dentro de un período de tiempo específico.

COPAGOS

Un copago es un monto predeterminado, en ciertas ocasiones expresado como un porcentaje y, en otras, expresado como un monto fijo en dólares, que usted debe abonar para recibir un servicio cubierto. Los copagos son abonados directamente por usted al proveedor. Para conocer los copagos correspondientes, consulte la “Tabla de beneficios” al comienzo del presente manual. Usted será responsable de todos los gastos en los que incurra por los servicios no cubiertos y por los gastos que superen la tarifa negociada por DHMP con un proveedor o establecimiento fuera de la red.

COSEGURO

El cargo, típicamente expresado como un porcentaje de los gastos elegibles, que debe abonar por ciertos servicios de salud cubiertos una vez alcanzados los deducibles aplicables. Este monto se aplicará a su máximo de desembolso directo.

DEDUCIBLES

El monto que debe por los servicios médicos antes de que su plan de seguro de salud pague. Pagará el monto del deducible completo para los gastos médicos antes de que su plan de salud pague algo. Una vez que alcance el deducible aplicable, su plan comenzará a cubrir los gastos en función a su lista de beneficios.

COSTOS DE DESEMBOLSO DIRECTO

Lo que usted paga por los gastos médicos que no son reembolsados por su plan de seguro de salud. Los costos de desembolso directo incluyen los costos que usted pague personalmente por los servicios médicos o de farmacia cubiertos.

MÁXIMO DE DESEMBOLSO DIRECTO

Es el monto máximo del que usted es responsable en un año del plan determinado. Los deducibles, el coseguro y los copagos se aplican a su máximo de desembolso directo. No incluye las primas mensuales.

PAGO DE LA PRIMA

El pago de las primas mensuales vence el 25 del mes anterior al de la cobertura (por ejemplo, el pago de la prima de febrero vencería el 25 de enero). Para realizar un pago con tarjeta de crédito por teléfono, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. También puede pagar en línea o con tarjeta de crédito en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/pay-my-premium>.

También puede realizar un pago con un cheque o un giro postal. Para ello, presente el pago en el siguiente apartado de correos:

Elevate Health Plans
P.O. Box 5363
Denver, CO 80214

9. Responsabilidad de pago por parte del miembro

PERIODO DE GRACIA

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) requiere que los planes de seguro de salud brinden un periodo de gracia de tres meses antes de cancelar la cobertura para ciertas personas inscritas en un plan de salud adquirido a través del Mercado de Seguros Médicos Individuales. El periodo de gracia se aplica a los miembros que reciben asistencia de subsidio federal en forma de un formulario del crédito fiscal anticipado para primas (Advance Premium Tax Credit, APTC) y que han pagado al menos un mes completo de prima durante el año de beneficios. Se activa cuando un miembro que recibe subsidios federales no paga su parte de la prima mensual a tiempo. Durante el primer mes del periodo de gracia, el plan seguirá pagando los reclamos elegibles. Durante los meses dos y tres del periodo de gracia, los reclamos no se procesarán o pagarán a menos que se reciba el pago total de la prima pendiente del miembro al final del periodo de gracia de tres meses. Si las primas se pagan en su totalidad dentro del periodo de gracia de tres meses, los reclamos retenidos se procesarán. Si la prima no se paga en su totalidad al final del periodo de gracia, la inscripción del miembro se cancelará retroactivamente al final del primer mes del periodo de gracia. Todo reclamo por los servicios recibidos durante el segundo y tercer mes del periodo de gracia será luego denegado.

Para las personas que no reciben un subsidio federal, el titular de la póliza tiene derecho a un periodo de gracia de 31 días para cumplir con el pago de cualquier prima adeudada distinta de la prima del primer mes. La cobertura continúa únicamente durante el periodo de gracia de 31 días. Si no se efectúa el pago, el miembro será dado de baja a partir del último día del mes en que haya efectuado el pago en su totalidad.

Los periodos de gracia señalados anteriormente solo están disponibles para los miembros que hayan efectuado el pago de la prima inicial del primer mes de cobertura.

Procedimiento de reclamos (cómo presentar un reclamo)

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Por servicios médicos

Cuando recibe servicios de atención médica, usted debe mostrar su tarjeta de identificación al proveedor. Su tarjeta de identificación le brinda al proveedor información importante sobre sus beneficios, costos compartidos y dónde llamar para solicitar autorizaciones previas, además de informarle cómo puede facturar a DHMP la atención que usted reciba.

En la mayoría de los casos, su proveedor le facturará directamente a DHMP los servicios que usted reciba. Usted es responsable de todo coseguro o deducible, si corresponde, y deberá abonarlo directamente a su proveedor.

En ciertas situaciones es posible que deba presentar un reclamo por la atención que recibe. Si recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor fuera de la red de DHMP, es posible que deba abonar la totalidad o parte de la factura al proveedor en el momento del servicio. Tal vez deba abonar el monto total al proveedor en el momento de la atención. DHMP le reintegrará hasta los límites establecidos en la "Tabla de beneficios". Si debe abonar en el momento de la atención, envíe su recibo por correo, con su nombre, domicilio postal particular y número de id. del miembro, al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Apartado postal 6300
Columbia, MD 21045

DHMP enviará por correo un cheque de reembolso al domicilio registrado del suscriptor, con el monto elegible hasta el límite máximo de beneficio. Los reclamos presentados una vez transcurridos 120 días después de la fecha del servicio pueden ser negados debido a la presentación fuera del plazo.

Los reclamos autorizados que fueron parte de una revisión de la Gestión de la Utilización de Servicios se pagarán dentro de los 30 días siguientes a su recepción.

Si desea que su reembolso sea abonado directamente a otra persona, adjunte una autorización firmada al formulario de reclamos o a la factura que presente. En caso de no poder realizar la concesión o cesión válida de beneficios, DHMP puede efectuar el pago a cualquier persona u organización que haya asumido la atención o el apoyo principal del miembro. DHMP podrá cumplir con las cesiones de beneficios realizadas con anterioridad a la muerte del miembro respecto de los beneficios restantes que le corresponden pagar a DHMP.

Los pagos realizados en conformidad con una cesión se efectúan de buena fe y exoneran a DHMP de obligaciones futuras por pagos adeudados.

Por servicios de farmacia

Presente su tarjeta de identificación de DHMP en cualquier farmacia de la red cuando obtenga sus medicamentos con receta. Usted es responsable de abonar el costo compartido de la farmacia. Si está fuera del área de cobertura y no encuentra una farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department) llamando al 303-602-2090 para recibir información sobre cómo obtener los medicamentos con receta.

Investigación de reclamos

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo se liquida un reclamo, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Si no está de acuerdo con el modo en que DHMP liquidó un reclamo o si no está de acuerdo con la negación al pago de un reclamo, podrá presentar una queja escrita o verbal. Consulte el anexo A en la parte posterior del manual para obtener una copia de este formulario. También puede obtener un formulario de quejas o puede presentar una queja verbal por vía telefónica, llamando al 303-602-2261, o escribiendo al siguiente domicilio:

Denver Health Medical Plan
Attn: Grievance Coordinator
777 Bannock St., Mail Code 6000
Denver, CO 80204

Si está apelando un reclamo que fue negado debido a ausencia de necesidad médica o falta de autorización previa, negación de autorización previa o condición experimental, consulte la Sección 13 "Apelaciones y quejas".

Exámenes físicos y autopsia

La aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona del asegurado en el momento y con la frecuencia que pueda razonablemente requerirlo mientras un reclamo en virtud del presente esté pendiente y de hacer una autopsia en caso de muerte cuando no esté prohibido por ley.

10. Procedimiento de reclamos (cómo presentar un reclamo)

Plazos de reclamos

- Los reclamos se pagarán de manera oportuna:
- los reclamos electrónicos dentro de los 30 días
- los reclamos impresos dentro de los 45 días
- todos los reclamos dentro de los 90 días

Fraude en reclamos

Es ilegal presentar, a sabiendas, hechos falsos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros, con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y negación del seguro. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, de manera deliberada, presente hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante, con el objetivo de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o pago de los ingresos del seguro, será denunciado ante la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado del Departamento de Organismos Reguladores (Department of Regulatory Agencies).

DHMP sigue todos los reglamentos de la Oficina del Inspector General (Office Inspector General, OIG) para fraude, desperdicio o abuso para su protección. Se requiere que DHMP documente y rastree cualquier acuerdo o demanda por negligencia profesional que involucre a nuestros miembros. Si usted se encuentra en esta situación o piensa que lo está, notifique a DHMP.

LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR TERCEROS

Un tercero puede causarle una lesión o enfermedad. El tercero que le causó una lesión o enfermedad (“parte responsable”) podría ser otro conductor, su empleador, una tienda, un restaurante u otra persona. Si un tercero le causa una lesión o enfermedad, usted acepta lo siguiente:

- DHMP puede cobrar los beneficios pagados directamente de la parte responsable, la compañía de seguros de la parte responsable y de cualquier otra persona, empresa o compañía de seguros obligada a brindarle beneficios o pagos a usted, incluida su propia compañía de seguros si usted tiene otra cobertura.
- Dentro de los 30 días posteriores a lesionarse o enfermarse, usted le informará a DHMP:
 - si la lesión o enfermedad fue causada por un tercero
 - los nombres de la parte responsable y la compañía de seguros de la parte responsable
 - el nombre de su compañía de seguros, si tiene otra cobertura para su lesión o enfermedad
 - el nombre de cualquier abogado que contrate para ayudarlo a cobrar su reclamo a la parte responsable
- Usted o su abogado le notificarán a la compañía de seguros de la parte responsable y a su propia compañía de seguros que DHMP está pagando sus facturas médicas.
- La compañía de seguros debe contactarse con DHMP para discutir el pago.
- La compañía de seguros debe pagarle a DHMP antes de pagarle a usted o a su abogado.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero de una compañía de seguros hasta que DHMP reciba los pagos en su totalidad. Esto se aplica incluso si la referencia al dinero del seguro que se abonará se realiza en concepto de daños por dolor y sufrimiento, sueldos perdidos o cualquier otro daño.
- Si una compañía de seguros le paga a usted o a su abogado, pero no a DHMP, usted o su abogado pagarán con ese dinero a DHMP el monto de los beneficios pagados. DHMP no abonará los honorarios de abogados ni los costos en los que se haya incurrido para cobrar el dinero del seguro.
- DHMP tendrá un derecho de retención subrogatorio automático y derecho directo de reembolso, sobre cualquier suma de dinero del seguro adeudada a usted por una compañía de seguros o abonada a su abogado. DHMP podrá notificar a terceros de su derecho de retención y derecho directo de reembolso.
- DHMP le podrá dar a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMP necesario para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar una cesión para permitir que los registros de DHMP sean entregados a una compañía de seguros y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualquier otra documentación para ayudar a DHMP a cobrar el dinero que se adeude.
- Usted y su abogado le proveerán a DHMP cualquier información solicitada acerca de su reclamo contra la parte responsable.
- Usted y su abogado notificarán a DHMP cualquier trato con la parte responsable o demandas en su contra.
- Ni usted ni su abogado realizarán ninguna acción que afecte la capacidad de DHMP de cobrar los beneficios pagados por la parte responsable o por una compañía de seguros.

10. Procedimiento de reclamos (cómo presentar un reclamo)

- Usted adeudará a DHMP cualquier monto que el plan no pueda cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de parte de su abogado. Usted acepta abonar a DHMP los honorarios de abogados y costos que el plan deba pagar a fin de cobrar este dinero de usted.
- DHMP no pagará ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por un tercero o por la compañía de seguros.

En caso de preguntas, llame al Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department) llamando al 303-602-2090.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE FACTURACIÓN A TERCEROS

DHMP podrá divulgar a terceros su información médica y de facturación, para la adjudicación y la subrogación de reclamos por beneficios de salud. Esto incluye la entrega de registros de procesamiento de reclamos de DHMP, registros de facturación de proveedores y registros médicos de los miembros a terceros, a los representantes legales y a las aseguradoras de terceros con el objetivo de determinar la responsabilidad de los terceros y la cobertura de los gastos médicos del miembro.

JURISDICCIÓN

Toda acción iniciada por el miembro, o por DHMP, para interpretar o hacer cumplir los términos del presente plan será entablada ante el Tribunal de Distrito de la ciudad y el condado de Denver, estado de Colorado. Se adjudicarán los honorarios de abogados y los costos legales razonables a la parte ganadora de dicha acción legal.

Disposiciones generales de la póliza

INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD/LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

Información confidencial

DHMP está comprometida a proteger su privacidad. Toda la información de los pacientes es confidencial. Además, no revelaremos ninguna parte de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con ninguna otra persona sin su aprobación. Si desea que discutamos su información con otro familiar, deberá completar el formulario de designación de representante personal (Designation of Personal Representative, DPR); vea el anexo B en su manual. Puede acceder a su manual en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>, o puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 y solicitar que se le envíe por correo una copia impresa.

También puede encontrar la información completa sobre privacidad en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>, o puede llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 y solicitar que se le envíe por correo.

Fecha de entrada en vigencia original: 14 de abril de 2003

Fecha de entrada en vigencia revisada: 23 de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODRÁ USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVÍSELA CON DETENIMIENTO.

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP), de aquí en adelante denominada la “Compañía”, respeta la privacidad de su información médica y protegerá su información de manera responsable y profesional. La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica, como así también, que le enviemos este aviso.

Este aviso explica cómo utilizamos la información sobre usted y cuándo podemos compartir esa información con terceros.

También le informa sobre sus derechos con respecto a su información médica y cómo puede ejercer esos derechos.

Cuando hablamos de “información” o “información médica personal” en este aviso, nos referimos a la información personal que podría identificarlo o que se relaciona con los servicios de atención médica que usted recibió, el pago de servicios de atención médica que se le brindaron, o información sobre su salud mental o física actual, pasada o futura.

Tenemos la obligación de cumplir los términos de este aviso hasta que sea reemplazado. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y a hacer que el aviso nuevo entre en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos. Cuando se realice una revisión, el nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web <https://www.denverhealthmedicalplan.org/> o podemos enviarle una copia por correo.

Nuestros usos y divulgaciones

La legislación federal nos permite usar o compartir información médica protegida con objetivos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, sin su autorización.

A continuación se incluyen formas en las que podremos usar o compartir información sobre usted:

- Para pagar sus servicios de salud y asegurar que sus facturas médicas sean enviadas para su pago y manejadas de forma correcta.
- Para ayudar a sus médicos u hospitales a brindarle atención médica.
- Para ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Para llevar a cabo operaciones de atención médica tales como actividades de evaluación y mejora de la calidad, coordinación de atención y suscripciones de seguros, o clasificaciones de primas.
- Con otros que llevan a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, consultores que brindan servicios legales, actuariales o de auditoría, o actividades de cobro. No compartiremos su información con estos grupos externos a menos que ellos acepten proteger su información.
- Para ciertos tipos de medidas de salud pública o ayuda en caso de catástrofes.
- Para brindarle información sobre tratamientos de atención médica, servicios y programas alternativos que pudieran interesarle, como un programa para bajar de peso.
- Con el patrocinador del plan según sea necesario para la administración del plan.

No compartiremos información médica detallada con el patrocinador de su plan de beneficios de salud por decisiones relacionadas con cuestiones de empleo u otros beneficios. Nunca compartiremos su información genética para fines de subscripción de seguro.

11. Disposiciones generales de la póliza

Leyes estatales y federales relacionadas con la información médica personal

También existen leyes estatales y federales que pueden requerir que usemos o compartamos su información médica sin su autorización. Por ejemplo, podemos usar o compartir su información médica protegida de la siguiente manera:

- Si usted está lesionado o perdió el conocimiento, podemos compartir su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con su familia o amigos para asegurar que usted reciba la atención que necesite y para hablar sobre cómo se pagará la atención.
- Con un representante personal designado por usted mismo o por la ley.
- Con organismos estatales o federales que regulan nuestras actividades, tales como el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU., la División de Seguros (Division of Insurance) de Colorado, el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado (Colorado Department of Public Health and Environment) y el Departamento de Pólizas y Financiamiento de la Atención Médica (Department of Health Care Policy and Financing).
- Para actividades de salud pública. Esto puede incluir informar sobre brotes de una enfermedad o ayudar con el retiro de productos del mercado.
- Con organismos de salud pública si creemos que existe una amenaza grave para la salud o seguridad.
- Con una agencia de supervisión de salud para ciertas actividades de supervisión, como auditorías, inspecciones, licencias y medidas disciplinarias.
- Con un tribunal u organismo administrativo, por ejemplo, en conformidad con una orden judicial o una orden de registro.
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de policía.
- Con una autoridad gubernamental sobre abuso infantil, negligencia o violencia doméstica.
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y para trabajar con un director de funeraria o un médico forense.
- Para funciones gubernamentales especiales, como la seguridad nacional.
- Para lesiones relacionadas con el trabajo debido a las leyes estatales de compensación al trabajador.

Los ejemplos mencionados anteriormente no constituyen la lista completa de cómo podemos usar o compartir la información. Se ofrecen para describir en forma general las maneras en que podríamos usar o compartir su información.

Otros usos y divulgaciones de la información médica:

Si alguna de las razones anteriores no se aplica, debemos obtener su permiso por escrito (o autorización) para usar o compartir su información médica. Una vez obtenida la autorización, se utilizará o divulgará la PHI solamente de la forma en que usted lo autorice. Si nos da permiso por escrito y más tarde cambia de opinión, puede revocar la autorización en cualquier momento brindando un aviso por escrito que indique que usted desea revocar la autorización. Respetaremos la solicitud de revocación a partir del día en que la recibamos y hasta el punto en que ya no hayamos usado o compartido de buena fe la información con la autorización.

Tampoco usaremos ni divulgaremos su información médica para los siguientes fines, sin su **autorización** específica **por escrito**:

- Para fines de *marketing*. Esto no incluye comunicaciones en persona sobre productos o servicios que pudieran beneficiarlo a usted, y sobre los medicamentos con receta que ya se le recetaron.
- Con el objetivo de vender su información médica. Podemos recibir un pago por compartir su información, por ejemplo, para fines de salud pública, investigación y divulgaciones a usted u a otras personas que usted autorice, siempre que el pago sea razonable y esté relacionado con el costo de brindar su información médica.
- Para recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted cuando realicemos campañas de recaudación de fondos. Avísenos si no desea que nos comuniquemos con usted durante las campañas de recaudación de fondos. Si nos informa por escrito que no desea recibir dichas comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos su información para esos fines.

Sus derechos respecto de la información médica personal

A continuación se incluyen sus derechos con respecto de su información médica. Si desea ejercer los siguientes derechos, comuníquese con el responsable de privacidad por vía telefónica al 303-602-7025, por correo electrónico a privacy@dhha.org, o por correo postal o en persona en el siguiente domicilio:

Denver Health
Attn: Privacy Officer
777 Bannock Street, Mail Code 1919
Denver, CO 80204

11. Disposiciones generales de la póliza

- **Tiene derecho a solicitarnos restringir la forma en que usamos o divulgamos su información** para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitarnos restringir la información que se nos ha solicitado entregar a familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de su atención médica. Este tipo de solicitud debe realizarse por escrito a nuestro responsable de privacidad, y debe contener la restricción específica solicitada y a quién se aplicaría dicha restricción.

Tenga en cuenta que si bien intentaremos cumplir con su solicitud, no se nos exige aceptar una restricción. Si aceptamos dicha restricción, no podemos incumplir esa restricción, excepto que sea necesario para permitir que se le brinde atención médica de emergencia o según lo requiera la ley.

- **Estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción si usted** paga por el tratamiento, los servicios, los insumos y los medicamentos con receta del “desembolso directo” y solicita que no se le comunique la información a su plan de salud para pagos u operaciones de atención médica.
- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, por teléfono a su casa o a su oficina) o por correo a un domicilio diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y deberemos aceptarlas si usted nos dice que si no lo hacemos, usted estaría en peligro. Toda solicitud de este tipo deberá realizarse por escrito al responsable de privacidad.
- **Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia** de la información que mantenemos sobre usted. Usted tiene derecho a obtener esa información en formato electrónico y puede indicarnos que le enviemos una copia directamente a la persona designada por usted, siempre y cuando recibamos una solicitud clara y específica por escrito para hacerlo.

Sin embargo, usted no tiene derecho a acceder a ciertos tipos de información y es posible que decidamos no brindarle copias de la información:

- contenida en notas de psicoterapia (que podrían estar en nuestro poder, aunque es poco probable que suceda)
- compilada con anticipación razonable para una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en estos
- sujeta a ciertas leyes federales que regulan los productos biológicos y los laboratorios clínicos

En ciertas otras situaciones, es posible que neguemos su solicitud para inspeccionar u obtener una copia de su información. Si negamos su solicitud, le notificaremos por escrito y es posible que le demos el derecho a que se revise la negación.

- **Tiene derecho a solicitarnos que realicemos cambios** en la información que mantenemos sobre usted. Estos cambios se conocen como enmiendas. Su solicitud debe realizarse por escrito al responsable de privacidad, y usted debe brindar un motivo para la solicitud. Responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha de recepción. Si no podemos actuar dentro de los 60 días, es posible que debamos extender ese plazo un máximo de 30 días adicionales. Si necesitamos extenderlo, le notificaremos sobre la demora y la fecha en la que completaremos la acción sobre su solicitud.

Si realizamos la enmienda, le notificaremos que fue realizada. Además, le suministraremos la enmienda a cualquier persona que sepamos que ha recibido su información médica de nuestra parte. También le suministraremos la enmienda a cualquier persona que usted nos indique.

Si le negamos su solicitud de enmienda, le notificaremos por escrito el motivo para la negación. Los motivos pueden incluir que la información no haya sido creada por nosotros, no sea parte del conjunto de registros designados, no sea información que esté disponible para inspección o que la información no sea precisa y esté incompleta. La negación explicará su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo. Nosotros tenemos derecho a responder a su declaración. Sin embargo, usted tiene el derecho a solicitar que su solicitud por escrito, nuestra negación por escrito y su declaración de desacuerdo se incluyan con su información para cualquier divulgación futura.

- **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. No estamos obligados a suministrarle un informe sobre lo siguiente:
 1. cualquier información recopilada antes del 14 de abril de 2003
 2. información divulgada o usada para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica
 3. información divulgada a usted o en conformidad con su autorización
 4. información que es pertinente a un uso o una divulgación que estuviera permitida de cualquier otra forma
 5. información divulgada para el directorio de un establecimiento o a personas que participan en su atención u otros objetivos de notificación
 6. información divulgada con objetivos de seguridad nacional o inteligencia
 7. información divulgada a instituciones correccionales, oficiales de policía u organismos de supervisión de la salud

11. Disposiciones generales de la póliza

- información que fue divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitados con objetivos de investigación, salud pública u operaciones de atención médica

Su solicitud debe realizarse por escrito al responsable de privacidad. Actuaremos en relación con su solicitud de un informe dentro de los 60 días. Es posible que necesitemos tiempo adicional para actuar en relación con su solicitud. De ser así, es posible que nos lleve un máximo de 30 días adicionales. Su primer informe será gratuito. Continuaremos brindándole un informe gratuito, si así lo solicitara, cada 12 meses. Si solicita un informe adicional dentro de los 12 meses de recibir su informe gratuito, podremos cobrarle un cargo. Le informaremos el cargo por adelantado y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud.

Tenga en cuenta que la PHI verbal, escrita y electrónica se protege de manera interna. En caso de una infracción, tenemos la obligación de informar a las personas afectadas acerca de la infracción relacionada con la PHI. Protegemos la PHI guardando la información confidencial en un lugar seguro, adhiriéndonos a las reglas y no discutiendo información personal y confidencial en áreas personales o comunes, y por último, nuestros sistemas informáticos internos encriptarán de manera automática todos los correos electrónicos que contengan PHI. Tiene derecho a recibir una copia de este aviso en cualquier momento, si así lo solicitara. Las solicitudes para obtener una copia de este aviso deberán dirigirse al responsable de privacidad.

Preguntas o quejas

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre cómo usamos o compartimos información, o si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con el responsable de privacidad llamando al 303-602-7025, o por correo electrónico a privacy@dhha.org, por correo postal o en persona en el siguiente domicilio:

Denver Health
Attn: Privacy Officer
777 Bannock St., Mail Code 1919
Denver, CO 80204

Puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) en la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights), en 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 877-696-6775.

No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro de DHMP, usted tiene derecho a ciertos derechos en virtud de la ley federal.

DEFINICIONES:

Efectuado: es el estado de inscripción en el que una persona que cumple con los requisitos de Exchange ha efectuado el pago del primer mes en su totalidad.

Miembro: un miembro tiene derecho a apelar y presentar una queja, solicitar autorizaciones y procesar reclamos. Las personas de Exchange deben haber efectuado el pago para ser consideradas miembros de DHMP.

Derechos de los miembros:

Los miembros tienen los siguientes derechos:

- A tener acceso a profesionales y personal que están comprometidos a brindar atención médica de calidad a todos los miembros sin tener en cuenta la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- A recibir atención médica/de salud conductual que se basa en pruebas científicas objetivas y en las relaciones humanas. Una asociación basada en la confianza, el respeto y la cooperación entre el proveedor, el personal y el miembro dará como resultado una mejor atención médica.
- A ser tratado con cortesía, respeto y reconocimiento de su dignidad y derecho a la privacidad.
- A recibir un tratamiento igual y justo, sin distinción de la raza, la religión, el color, el credo, la nacionalidad, la edad, el sexo, la preferencia sexual, el partido político, la discapacidad o la participación en un programa con financiación pública.
- A elegir o cambiar su proveedor de atención primaria dentro de la red de proveedores, ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria cada vez que un problema de salud le preocupe y buscar una segunda opinión si así lo desea.
- A esperar que sus registros médicos y todo lo que le diga a su proveedor sean tratados de forma confidencial y no se divulguen sin su consentimiento, excepto cuando sea requerido o permitido por la ley.
- A obtener copias de sus registros médicos o limitar el acceso a estos registros, conforme a la ley estatal y federal.

11. Disposiciones generales de la póliza

- A pedir una segunda opinión, sin costo alguno para usted.
- A conocer los nombres y los títulos de los médicos, los enfermeros y otras personas que brindan la atención o los servicios para los miembros.
- A sostener una conversación sincera con su proveedor sobre las opciones de tratamientos adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- A participar con los proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- A solicitar o rechazar tratamiento hasta donde la ley lo permita y saber cuáles pueden ser las consecuencias.
- A recibir atención de calidad e información sobre el Programa de Mejoramiento de la Calidad de DHMP.
- A recibir información acerca de DHMP, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros, así como recibir notificación inmediata de cancelación u otros cambios de los beneficios, los servicios o la red de DHMP. Esto incluye cómo obtener servicios durante el horario de atención regular, atención de emergencia, atención fuera del horario de atención, atención fuera del área, las exclusiones y los límites sobre los servicios cubiertos.
 - Obtenga más información acerca de su proveedor de atención primaria y sus experiencias profesionales, como la facultad de medicina a la que asistió o dónde realizó su residencia, visitando <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor> y para consultar nuestro *Directorio de proveedores* en línea, o llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.
- A expresar su opinión sobre DHMP o sus proveedores ante los órganos legislativos o los medios de comunicación sin temor a perder los beneficios de salud.
- A que se le expliquen todos los formularios de consentimiento u otros documentos que DHMP o sus proveedores le pidan que firme, a negarse a firmar dichos formularios hasta que los comprenda, a negarse a recibir tratamiento y a comprender las consecuencias de dicha decisión, a negarse a participar en proyectos de investigación, a tachar cualquier parte de un formulario de consentimiento que usted no desea que se aplique a su atención o a cambiar de parecer antes de someterse a un procedimiento para el cual ya haya prestado su consentimiento.
- A instruir a sus proveedores sobre sus deseos en relación con las instrucciones anticipadas (cuestiones como poder notarial, testamento vital o donación de órganos).
- A recibir atención en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para afecciones de emergencia y a recibir atención dentro de las 48 horas para afecciones urgentes.
- A contar con los servicios de intérpretes si los necesita al recibir atención médica.
- A cambiar la inscripción durante los períodos en que las reglas y los reglamentos le permiten tomar esta decisión.
- A tener opciones de remisión que no están limitadas a una cantidad menor que la de todos los proveedores de la red que estén calificados para ofrecer servicios especializados cubiertos; se aplicarán los costos compartidos correspondientes.
- A esperar que las remisiones aprobadas por el plan no se puedan cambiar después de la autorización previa ni se puedan negar posteriormente, excepto en casos de fraude, abuso o modificaciones en su condición de elegibilidad al momento de recibir el servicio.
- A hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros de DHMP.
- A expresar una queja o a apelar una decisión relacionada con la organización de DHMP o con la atención brindada, y a recibir una respuesta de acuerdo con el proceso de quejas/apelaciones.
- A recibir una remisión permanente de un proveedor personal para visitar un centro de tratamiento especializado de la red de DHMP por una enfermedad o lesión que requiera atención continua.

Derechos de los miembros durante el embarazo y necesidades especiales:

- A recibir los servicios de planificación familiar de cualquier clínica o médico con licencia en la red de DHMP.
- A consultar a cualquier obstetra o ginecólogo participante que sea parte de la red de DHMP sin necesidad de una remisión por parte de su proveedor de atención primaria.
- A consultar con su proveedor fuera de la red actual para obtener atención prenatal hasta después del parto del bebé si usted se convierte en miembro de DHMP durante su segundo o tercer trimestre. Esto dependerá de que el proveedor fuera de la red acepte los términos de DHMP.
- A continuar viendo a su(s) médico(s) o proveedor(es) fuera de la red cuando sea médicamente necesario, hasta 60 días después de convertirse en miembro de DHMP (dependiendo de que el proveedor fuera de la red acepte los términos de DHMP para esta transición).

11. Disposiciones generales de la póliza

Responsabilidades de los miembros:

- tratar a los proveedores y su personal con cortesía, dignidad y respeto
- pagar todas las primas y los costos compartidos aplicables (es decir, deducible, coseguro, copagos)
- concertar y mantener las citas, ser puntual, llamar si va a llegar tarde o si tiene que cancelar una cita, tener su tarjeta de identificación de DHMP disponible en el momento del servicio y pagar los cargos por todos los beneficios no cubiertos
- informar sobre sus síntomas y problemas a su proveedor de atención primaria y hacer preguntas, así como participar en su atención médica
- aprender sobre el procedimiento o tratamiento, y reflexionar sobre ello antes de que se lleve a cabo
- reflexionar acerca de las consecuencias de rechazar el tratamiento que su proveedor de atención primaria sugiere
- seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su proveedor
- brindar, en la medida de lo posible, la información y los registros correctos y necesarios que DHMP y sus proveedores necesiten para brindarle atención
- comprender sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados
- expresar sus quejas e inquietudes de una manera educada y adecuada
- aprender y saber sobre los beneficios del plan (cuáles servicios están cubiertos y cuáles no) y comunicarse con un representante de Servicios del Plan de Salud de DHMP ante cualquier pregunta
- informar a los proveedores o a un representante de DHMP cuando no esté satisfecho con la atención o el servicio

Registros de DHMP

Usted tiene el derecho de examinar, sin cargo, la oficina administrativa u otras ubicaciones específicas de DHMP, así como algunos documentos del plan, como los informes anuales detallados y las descripciones del plan. Puede obtener copias con una solicitud previa por escrito al director de Servicios del Plan de Salud de DHMP. DHMP puede cobrar un cargo razonable por las copias. Usted también tiene derecho a recibir un resumen del informe financiero anual de DHMP.

Registros médicos de los miembros

DHMP mantiene y preserva la confidencialidad de todos los registros médicos de los miembros de acuerdo con todas las leyes estatales y federales vigentes, incluso la HIPAA.

De acuerdo con la HIPAA, DHMP podrá usar toda información médica, de facturación y relacionada de los miembros a fines de revisar la utilización, gestionar la atención, revisar la calidad; procesar los reclamos, procesar las apelaciones, los pagos, las actividades de cobranza y subrogación, realizar auditorías financieras y coordinación de beneficios, hasta donde lo permita la ley HIPAA. Los miembros autorizan a DHMP a utilizar este tipo de información para las operaciones del plan de salud cuando firman el formulario de inscripción o lo aprueban en Internet. Fuera de estas actividades, DHMP no divulgará ninguna información que pueda indicar, directa o indirectamente, que un miembro está recibiendo o recibió servicios cubiertos, salvo autorización expresa para ello por parte del miembro o de la HIPAA. DHMP informará a sus empleados, agentes y subcontratistas, si los hubiere, que están sujetos a estos requisitos de confidencialidad.

Los miembros tienen el derecho de inspeccionar y obtener copias de sus propios registros médicos y otra información médica relacionada con ellos que DHMP mantiene.

Para realizar una solicitud, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Los miembros también tienen el derecho de inspeccionar y obtener copias de sus registros médicos que mantengan los proveedores de la red de DHMP. Comuníquese con el proveedor individual para obtener más detalles.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

(HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act] de 1996)

El aviso de las prácticas de privacidad de DHMP se encuentra disponible en el sitio web de DHMP <https://www.denverhealthmedicalplan.org/>. Se le enviará un nuevo aviso si hay algún cambio esencial en nuestras prácticas. Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso comunicándose en cualquier momento con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

ADMINISTRACIÓN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

Según la ley federal, las personas responsables de la operación de DHMP deben desempeñar sus funciones de una manera cuidadosa y concienzuda, y tener en cuenta el interés de todos los miembros. DHMP o sus agentes se esforzarán de manera profesional y constante para administrar el plan de acuerdo con este manual, con las definiciones específicas

¿Preguntas? Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o sin costo al 1-855-823-8872.
(Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

11. Disposiciones generales de la póliza

de los términos utilizados (consulte la Sección 15 “Definiciones”) y con las leyes federales y estatales aplicables. DHMP lo ayudará a obtener los beneficios para los que usted es elegible. Nadie, ni siquiera su empleador, sindicato, ni ninguna otra persona, pueden despedirlo o discriminarlo para impedir que obtenga los beneficios incluidos en este plan o ejerza sus derechos de acuerdo con la ley.

No se denegará a ninguna persona cubierta la cobertura de atención médica/quirúrgica o de salud conductual, salud mental o de trastorno por uso de sustancias como consecuencia de una autolesión, intento de suicidio o consumación de suicidio.

ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS DEL MANUAL

Al elegir DHMP, pagar la prima y aceptar los beneficios que se ofrecen, todos los miembros y sus representantes legales aceptan expresamente todos los términos, las condiciones y las disposiciones del plan que se describen en el presente *Manual para miembros*. Como miembro, usted está obligado a recibir los servicios cubiertos a través de la red de DHMP, a menos que su proveedor de atención primaria indique lo contrario y DHMP lo autorice.

DECLARACIÓN AFIRMATIVA SOBRE INCENTIVOS

DHMP quiere asegurar a su membresía que todos los beneficios cubiertos están a disposición de sus miembros sin que se tengan en cuenta las ganancias financieras de la reducción en la utilización.

DHMP declara lo siguiente con respecto a las prácticas de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management, UM):

- La toma de decisiones de UM se basa solo en la adecuación de la atención y los servicios, y en la existencia de la cobertura.
- Los profesionales u otras personas no son recompensados por emitir negaciones de cobertura o de servicios de atención.
- Los responsables de tomar decisiones en UM no reciben incentivos financieros para alentar decisiones que resulten en subutilización.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta práctica, no dude en comunicarse con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

RELACIÓN ENTRE DHMP Y LOS PROVEEDORES DE LA RED

Todos los proveedores incluidos en la red de DHMP son contratistas independientes. Estos proveedores no son agentes ni empleados de DHMP. DHMP no es responsable de ningún reclamo o demanda por daños que sean consecuencia de lesiones sufridas por un miembro mientras recibía atención de un proveedor de la red o se encontraba en los establecimientos de un proveedor de la red, o que estén relacionadas con ellas.

DECLARACIÓN DE ATENCIÓN ADECUADA

El personal y los proveedores de DHMP toman decisiones sobre el tratamiento con base únicamente en la adecuación de la atención y de los servicios. DHMP suscribe las siguientes políticas:

- DHMP no recompensa al personal ni a los proveedores por expedir negaciones.
- DHMP no ofrece incentivos para fomentar la subutilización.
- DHMP participa en un programa nacional de gestión de los beneficios de farmacia que pone a programas de reembolso de medicamentos a disposición de los planes de salud participantes.

Si usted cree que un representante o proveedor de la red de DHMP ha violado alguno de los principios mencionados anteriormente, puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

CONFORMIDAD CON LA LEY ESTATAL

Si alguna disposición de este manual no está en conformidad con la ley estatal, dicha disposición será interpretada y aplicada como si estuviera en total cumplimiento con la ley aplicable.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

DHMP se esfuerza continuamente por mejorar la calidad de la atención y el servicio para nuestros miembros mediante el control continuo de los servicios. El Programa de Mejoramiento de la Calidad de DHMP:

- Controla y mide el nivel y la calidad de los servicios y la atención.
- Controla el cumplimiento con ciertas medidas preventivas de salud.
- Identifica oportunidades para mejorar la atención del paciente y los servicios.
- Aborda discrepancias conocidas, a través de la intervención y la educación adecuadas.

Visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/> o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 para obtener más información sobre nuestro Programa de Mejoramiento de la Calidad, por ejemplo, las metas del programa, el progreso hacia las metas, los procesos, los resultados y las mediciones específicas.

11. Disposiciones generales de la póliza

SERVICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS

Esta póliza no incluye cobertura de servicios dentales pediátricos según lo requieren la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (The Patient Protection and Affordable Care Act), ley pública 111-148, y la Ley de Reconciliación de Atención Médica y Educación (Health Care and Education Reconciliation Act) de 2010, ley pública 111-152. La cobertura de los servicios dentales pediátricos está disponible en el estado de Colorado y se puede adquirir como un plan independiente. Comuníquese con su compañía aseguradora, su agente de seguros o con Connect for Health Colorado para adquirir un plan que incluya la cobertura dental pediátrica de un plan dental independiente con certificación del Mercado que incluya cobertura dental pediátrica.

DECLARACIÓN DE DERECHOS SEGÚN LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT) DE 1998

Si a usted le han practicado o le practicarán una mastectomía, puede que tenga derecho a recibir ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con las mastectomías, la cobertura se proveerá de una manera determinada y en consulta con el médico a cargo de la atención y el paciente para lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre el que se practicó la mastectomía
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica
- prótesis
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos brindados en DHMP. Consulte la Sección 1 "Tabla de beneficios" para obtener más detalles.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

REINTEGRACIÓN

Si alguna de las primas de renovación no se paga dentro del tiempo del que dispone el asegurado para realizar el pago, la póliza será reintegrada por una aceptación subsiguiente de la prima por parte de la aseguradora o de cualquier agente debidamente autorizado por la aseguradora para aceptar dicha prima, sin que se solicite en relación con ello una solicitud de reintegración.

La póliza reintegrada debe cubrir los reclamos por servicios cubiertos y estar vigente luego de la fecha de reintegración. En todos los demás aspectos, el asegurado y la aseguradora tendrán los mismos derechos que tenían en virtud de la póliza inmediatamente anterior a la fecha de vencimiento de la prima impaga, sujeto a cualquier disposición respaldada en adelante o agregada a la presente con relación a la reintegración. Toda prima aceptada en relación con una reintegración se aplicará a un período por el que no se haya pagado previamente la prima, pero no a ningún período superior a 60 días previos a la fecha de reintegración.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

A medida que se identifican nuevas tecnologías o nuevas indicaciones para las tecnologías actuales que pueden tener amplia aplicabilidad para los miembros, se reúne un comité ad hoc integrado por expertos en el área que se encuentra bajo evaluación. El comité revisa las evaluaciones de tecnología, los estudios publicados y las deliberaciones de otros paneles de expertos, incluso las decisiones de cobertura por parte de otras compañías de seguros para determinar las pautas de cobertura adecuadas.

CONTRATO

Esta póliza, incluidos los endosos y los documentos adjuntos, si los hubiere, constituyen el contrato de seguro completo. Ningún cambio a esta póliza tendrá validez hasta que sea aprobado por un director ejecutivo de la aseguradora y a menos que dicha aprobación sea respaldada en adelante o adjuntada al presente. Ningún agente tiene la autoridad de modificar esta póliza o dispensar ninguna de sus disposiciones.

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

La política de DHMP para llevar a cabo sus actividades se rige en el cumplimiento de las leyes y los reglamentos de los Estados Unidos y el estado de Colorado, y asegura que DHMP funcione de manera coherente con el espíritu y letra de la ley. DHMP se compromete a cumplir con dichas leyes y reglamentos, y pretende asegurar que sus actividades y operaciones, llevadas a cabo por empleados y otros agentes de DHMP, se realicen en cumplimiento con dichas leyes y reglamentos. En reconocimiento de este compromiso, DHMP desarrolló un Programa Corporativo de Cumplimiento y un Plan de Prevención de Fraudes y Abusos que han sido adoptados y respaldados por la junta directiva de DHMP. Esperamos que cada empleado, subcontratista, agente y proveedor de DHMP respete y se adhiera al Programa Corporativo de Cumplimiento.

11. Disposiciones generales de la póliza

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FRAUDE, DERROCHE Y ABUSO

DHMP se compromete a asegurar que los miembros del personal, subcontratistas y proveedores de la red presten servicios administrativos y brinden servicios de atención médica de una manera que refleje el cumplimiento de todas las leyes, los reglamentos y las obligaciones contractuales. Además, DHMP se compromete a cumplir con sus obligaciones con honestidad, integridad y altos estándares éticos. DHMP apoya al gobierno federal y estatal en su meta de disminuir las pérdidas financieras por reclamos falsos y tiene como meta personal reducir la posible exposición a sanciones penales, daños civiles y acciones administrativas.

En el contexto del Programa Corporativo de Cumplimiento de DHMP, el fraude se considera como un acto intencional de engaño y tergiversación cometido por una persona para ganar un beneficio no autorizado. El abuso cometido por un proveedor de atención médica hace referencia a actividades que son incompatibles con las prácticas fiscales, comerciales y médicas estándares que resultan en costos innecesarios para un programa de atención médica gubernamental u otro plan de atención médica, o que no cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. El abuso también puede incluir prácticas de los beneficiarios que pueden tener como resultado costos innecesarios para DHMP. Las auditorías se llevan a cabo de forma rutinaria y programada para controlar el cumplimiento de los requisitos relacionados con los requisitos reglamentarios.

DHMP utiliza un proveedor externo de software de análisis de datos para las revisiones posteriores a los pagos, a fin de evaluar los pagos de los reclamos y verificar la precisión clínica del procesamiento de reclamos de acuerdo con los criterios clínicos de modificación. Este programa de codificación contiene conjuntos de reglas completos que se corresponden con las pautas de la Terminología de Procedimientos Actual, cuarta edición (Current Procedural Terminology 4th Edition, CPT-4), el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes en Atención Médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS), la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (International Classification of Diseases, 10th revision, ICD-10), la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), así como también con los estándares del sector, las pólizas médicas y la literatura, y las modificaciones y reglas de la Iniciativa de Codificación Correcta (Correct Coding Initiative, CCI). Se requiere que los proveedores presenten reclamos de acuerdo con estas reglas. La actividad de control de rutina incluye un análisis comparativo de datos en áreas como la de utilización de servicios y resultados. Las revisiones de rutina se focalizan en áreas de alto riesgo o problemáticas identificadas y en asegurar que la documentación coincida con los reclamos presentados. Asimismo, las auditorías se llevan a cabo mediante la identificación de un área de inquietud que presente un posible abuso o actividad fraudulenta. Dichas remisiones pueden provenir de fuentes internas o externas, tendencias inusuales de reclamos y otros datos, autodivulgaciones de proveedores y otra actividad de control permanente. DHMP busca asegurar la integridad del proceso de facturación y pago de reclamos investigando cualquier fraude o abuso sospechoso. El fraude o abuso de un proveedor incluye lo siguiente:

- facturar más de una vez por el mismo servicio
- falsificar registros
- prestar servicios inadecuados o innecesarios
- tergiversar el diagnóstico de un miembro para justificar los servicios o equipos ofrecidos
- alterar los formularios de reclamos o los registros médicos para obtener un monto de pago mayor
- solicitar deliberadamente un pago por duplicado (por ejemplo, facturar a DHMP y al miembro por el mismo servicio o facturar a DHMP y a otra aseguradora para cobrar dos veces)
- dividir o facturar en partes en lugar de hacerlo por el procedimiento completo
- calificar el servicio de una manera diferente del prestado o tergiversar el servicio prestado, los montos por los servicios prestados, la identidad de la persona que recibe el servicio, las fechas de los servicios (por ejemplo, indicar falsamente que un profesional de atención médica en particular asistió en un procedimiento)
- facturar o cobrar a miembros por servicios cubiertos que se encuentran fuera de la responsabilidad financiera del copago, coseguro o deducible del miembro

11. Disposiciones generales de la póliza

INFORMAR SOBRE INQUIETUDES

Díganos si tiene alguna inquietud relacionada con algún fraude, derroche o abuso, o algún otro tipo de inquietud respecto del cumplimiento. Puede realizar una llamada gratuita y anónima a Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento) (Values Line) o enviarnos una carta por fax o por correo. Cuando elabore un informe, brinde todos los detalles que pueda brindar. Son muy útiles los nombres, las fechas y la descripción de los asuntos en cuestión. Por ejemplo, puede querer describir la razón por la que usted considera que una actividad es motivo de inquietud. Si es posible, incluya su nombre y número de teléfono. De este modo, podremos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta durante la investigación. Cuando haga un informe anónimo a Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento) (Values Line), se le brindará un número de identificación de llamada y una fecha para que vuelva a llamar. Esto le permitirá brindar información adicional (en caso de ser necesaria) y recibir actualizaciones sobre la condición de la investigación.

Información de contacto de cumplimiento

Compliance Hotline (línea directa de cumplimiento): 1-800-273-8452 (disponible los siete días de la semana, las 24 horas del día). Los informes se pueden hacer de manera anónima.

Número de fax: 303-602-2025

Domicilio postal o en persona:

Denver Health Enterprise Compliance Services
Attn: Compliance Manager
601 Broadway, MC 7776
Denver, CO 80204

Cancelación/no renovación/continuación

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA POR PARTE DEL INSCRIPTO

El inscrito puede cancelar esta póliza con 14 días de aviso en ciertas condiciones. El Mercado debe permitir que un inscrito cancele su cobertura en un plan de salud calificado (Quality Health Plan, QHP), incluso si el inscrito obtiene otra cobertura esencial mínima y por otros motivos, de acuerdo con las reglas del Mercado.

CANCELACIÓN DE LA COBERTURA POR PARTE DE ELEVATE HEALTH PLANS

En ciertas circunstancias, Elevate Health Plans puede cancelar su cobertura o la de uno o más de sus dependientes. Esas circunstancias se describen a continuación. Si considera que existe un motivo válido por el cual su cobertura o la de un dependiente no debería cancelarse, podrá utilizar el proceso de quejas y apelaciones.

FALTA DE PAGO DE PRIMAS

Si un miembro no paga las primas requeridas o no realiza arreglos satisfactorios para pagar las primas, Elevate Health Plans puede cancelar la cobertura del miembro con un aviso por escrito, con 31 días de anticipación como mínimo. La cobertura continúa vigente durante los primeros 31 días del periodo de gracia.

La Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) requiere que los planes de seguro de salud brinden un periodo de gracia de tres meses antes de cancelar la cobertura para ciertas personas inscritas en un plan de salud adquirido a través del Mercado de Seguros Médicos Individuales. El periodo de gracia se aplica a los miembros que reciben asistencia de subsidio federal en forma de un formulario del crédito fiscal anticipado para primas (Advance Premium Tax Credit, APTC) y que han pagado al menos un mes completo de prima durante el año de beneficios. Se activa cuando un miembro que recibe subsidios federales no paga su parte de la prima mensual a tiempo. Durante el primer mes del periodo de gracia, el plan seguirá pagando los reclamos elegibles. Durante los meses dos y tres del periodo de gracia, los reclamos no se procesarán o pagarán a menos que se reciba el pago total de la prima pendiente del miembro al final del periodo de gracia de tres meses. Si las primas se pagan en su totalidad dentro del periodo de gracia de tres meses, los reclamos retenidos se procesarán. Si la prima no se paga en su totalidad al final del periodo de gracia, la inscripción del miembro se cancelará retroactivamente al final del primer mes del periodo de gracia. Todo reclamo por los servicios recibidos durante el segundo y tercer mes del periodo de gracia será luego denegado.

Para las personas que no reciben un subsidio federal, el titular de la póliza tiene derecho a un periodo de gracia de 31 días para cumplir con el pago de cualquier prima adeudada distinta de la prima del primer mes. La cobertura continúa únicamente durante el periodo de gracia de 31 días. Si el pago no se hace, el miembro será dado de baja a partir del día 31 después de que comenzó el periodo de gracia.

Los periodos de gracia señalados anteriormente solo están disponibles para los miembros que hayan efectuado el pago de la prima inicial del primer mes de cobertura.

LÍMITE DE TIEMPO DE CIERTAS DEFENSAS PARA LA CANCELACIÓN

Dos años después de la fecha de emisión de la presente póliza, no se utilizará ninguna declaración errónea, salvo las declaraciones fraudulentas, hechas por el solicitante en la solicitud de dicha póliza para anularla o para denegar un reclamo por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la póliza) que comience después de la terminación de ese periodo de dos años. No se puede cancelar la póliza con carácter retroactivo, salvo en caso de fraude o tergiversación intencional. Para toda cancelación que no sea por fraude o tergiversación intencional, la compañía aseguradora deberá notificar la cancelación de la póliza con treinta días de antelación.

La disposición anterior relativa a las pólizas no afecta ningún requisito legal para la anulación de una póliza o la negación de un reclamo durante ese periodo inicial de dos años, ni limita la aplicación de la sección 10-16-203 en caso de declaración errónea respecto de la edad u ocupación u otro seguro.

En el caso de una póliza en la que el asegurado tiene derecho a continuar en vigor con sujeción a sus términos mediante el pago oportuno de la prima hasta por lo menos la edad de cincuenta años, o en el caso de una póliza emitida después de los cuarenta y cuatro años, durante por lo menos cinco años después de la fecha de emisión, puede contener, en lugar de lo anterior, la siguiente disposición, en la cual la cláusula entre paréntesis puede ser omitida a elección de la aseguradora, bajo el título "incontestable":

- Después de que esta póliza haya estado en vigor durante un periodo de dos años en la vida del asegurado (excluyendo todo periodo durante el cual el asegurado esté incapacitado), se vuelve incontestable en cuanto a las declaraciones contenidas en la solicitud.

12. Cancelación/no renovación/continuación

RESCISIÓN

Podemos cancelar su membresía de forma retroactiva en caso de fraude o tergiversación esencial de un hecho material. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 30 días antes de la cancelación.

Dentro de los 180 días después de recibir nuestra determinación adversa de beneficios en la que se indique que su membresía se cancelará de forma retroactiva, usted debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra cancelación de forma retroactiva de su membresía.

INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA

Si un miembro intenta obtener beneficios de Elevate Health Plans mediante información falsa, engañosa o fraudulenta, o actos de omisiones para sí mismo o terceros, Elevate Health Plans puede cancelar la cobertura del miembro mediante una notificación previa por escrito, con 30 días de anticipación, que incluya los motivos de la cancelación.

USO INCORRECTO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Su tarjeta de identificación de Elevate Health Plans es solo para fines de identificación. La posesión de la tarjeta no garantiza elegibilidad ni derechos a servicios o beneficios. El titular de la tarjeta debe ser un miembro por el cual se han pagado todas las primas del plan. Si un miembro permite el uso de su tarjeta de identificación de Elevate Health Plans por otra persona, Elevate Health Plans puede cancelar la cobertura del miembro mediante una notificación previa por escrito, con 30 días de anticipación, que incluya los motivos de la cancelación.

El pago por los servicios recibidos como resultado del uso incorrecto de una tarjeta de identificación de Elevate Health Plans es responsabilidad de la persona que recibió los servicios.

AVISOS, REEMBOLSOS Y PAGOS

Usted recibirá un aviso por escrito con 30 días de anticipación si cancelamos su membresía. El aviso incluirá una explicación de la razón por la que su membresía terminará y el momento en que sucederá. Si usted ha pagado vencimientos mensuales que superan la fecha de cancelación, podrá ser elegible para un reembolso. Se le pagará cualquier monto que se le adeude por reclamos hechos mientras usted era miembro. Cualquier monto que usted nos adeude se descontará de cualquier pago que nosotros le hagamos a usted.

Apelaciones y quejas

Como miembro de DHMP, usted tiene derecho a presentar una queja (también se conoce como reclamo) o una apelación ante una decisión adversa. Revise detenidamente esta importante información. Si usted decide presentar una queja o una apelación, su solicitud debe ser enviada dentro del período prescrito. Si usted no cumple con una fecha límite, podemos negarnos a revisarla. Excepto cuando pueda realizarse una revisión externa simultánea, usted debe agotar las instancias del procedimiento de quejas y apelaciones internas según se describe a continuación, antes de solicitar una revisión externa.

DEFINICIONES

Queja: manifestación escrita u oral de insatisfacción acerca de la calidad de la atención que recibe, de la incapacidad de un proveedor o el plan para adaptarse a sus necesidades, una experiencia desagradable, el desacuerdo con una cuestión relacionada con un reclamo, por ejemplo un copago o un coseguro, o cualquier otra cuestión respecto del servicio. A esto también se le llama reclamo.

Determinación adversa de beneficios:

- La negación de una solicitud de beneficios previos al servicio y posteriores al servicio cuando se revisó el beneficio y, basándose en la información presentada, no cumple con los requisitos de DHMP para que el servicio sea médicamente necesario, adecuado, eficaz o eficiente, o no se brinda en el entorno de atención médica adecuado o con el nivel de atención adecuado, o es experimental o de investigación.
- La negación de un servicio que no es un beneficio cubierto por el cual puede presentar pruebas de un profesional médico de que existe un fundamento médico razonable de que la exclusión no se aplica al servicio negado. A esto se lo conoce como exclusión de beneficios.
- La cancelación de su cobertura por parte del plan de manera retroactiva, excepto como consecuencia de la falta de pago de primas (también se conoce como rescisión o cancelación).
- La negación de su solicitud de cobertura (o, si corresponde, la de sus dependientes) en un plan individual.

Apelación: una solicitud para que revisemos nuestra determinación adversa de beneficios inicial. Además, cuando negamos una solicitud de atención médica porque está excluida según las reglas de cobertura del plan, y usted presenta pruebas de un profesional médico con licencia en virtud de la Ley de Ejercicio de la Medicina de Colorado (Colorado Medical Practice Act) que actúa conforme al alcance de su licencia de que existe un fundamento médico razonable para que la exclusión contractual no se aplique al beneficio negado, entonces tales pruebas establecen que la negación está sujeta al proceso de apelaciones.

Nombrar a un representante para que actúe en su nombre

Si desea que alguien actúe en su nombre con respecto a su queja o solicitud de apelación, puede nombrar a un representante autorizado. Debe realizar este nombramiento por escrito. Usted puede nombrar a cualquier persona que elija, como un familiar, un amigo, un defensor, un defensor del pueblo, un abogado o cualquier médico, para actuar en su nombre como su representante designado. Para ser nombrado por un miembro, tanto el miembro que realiza el nombramiento como el representante que lo acepta (incluidos los abogados) deben firmar, fechar y completar un formulario de designación de representante personal. Para obtener una copia del formulario de designación de representante personal busque al final del presente manual o comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090. Una vez recibido el formulario de designación de representante personal, procesaremos su queja o apelación.

Cómo presentar una queja o apelación

Puede presentar una queja por teléfono, fax, en persona o por escrito. Además, puede completar el Formulario de quejas y apelaciones de los miembros, que se encuentra al final de este *Manual para miembros*. Usted puede llamar al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) al número de teléfono que figura a continuación para que le envíen el formulario de quejas y apelaciones para miembros. DHMP permite 180 días calendario a partir de la ocurrencia del acontecimiento para que usted presente una queja.

Vea a continuación la información sobre los procedimientos para comunicarse con el plan. Tenga en cuenta que las solicitudes de apelación pueden presentarse verbalmente o por escrito. La solicitud de apelación debe contener los siguientes datos: (1) su nombre y número de identificación de miembro, (2) su afección médica o los síntomas relacionados, (3) el servicio específico que está solicitando, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios, y (5) todos los documentos acreditativos, como por ejemplo, los registros médicos, que desee que tengamos en cuenta en apoyo de su posición.

Denver Health Medical Plan
Attn: Grievances and Appeals Department
777 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, Colorado 80204

13. Apelaciones y quejas

Teléfono: (303)-602-2261

** Fax: (303) 602-2078**

** Tenga en cuenta que este es un fax seguro y confidencial.**

Proceso de determinación de cobertura inicial

Hay varios tipos de solicitudes de cobertura inicial y cada uno tiene un procedimiento distinto que se describe a continuación.

- solicitud de determinación de cobertura previa al servicio (urgente y no urgente)
- solicitud de determinación de cobertura de atención simultánea (urgente y no urgente)

Solicitud de determinación de cobertura inicial previa al servicio (urgente y no urgente)

Las solicitudes previas al servicio hacen referencia a servicios que usted todavía no ha recibido. Si no se recibe autorización antes de recibir un servicio que debe ser autorizado o previamente certificado para que sea un beneficio cubierto, eso puede ser la base de nuestra negación a su solicitud previa al servicio o a un reclamo de pago posterior al servicio. Si recibe alguno de los servicios que está solicitando antes de que tomemos nuestra decisión, su solicitud previa al servicio se convertirá en una apelación posterior al servicio con respecto a los servicios en cuestión.

Díganos, por escrito, que desea presentar una solicitud para que brindemos o paguemos por un servicio que aún no recibió. Debe enviar su solicitud al Departamento de Gestión de la Utilización de Servicios (Utilization Management Department) por fax al 303-602-2128 o por correo postal a:

Denver Health Medical Plan
777 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, CO 80204

Si usted quiere que consideremos con carácter de urgencia su solicitud de cobertura inicial previa al servicio, debe informarnos en su solicitud. Decidiremos si su solicitud es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su solicitud es urgente. Si determinamos que su solicitud no es urgente, la trataremos como no urgente. En general, una solicitud es urgente solo si al utilizar el procedimiento de solicitudes que no son de urgencia (a) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya estuviera discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, podría causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin los servicios que está solicitando.

Revisaremos su solicitud y, si contamos con toda la información necesaria, tomaremos una decisión dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 15 días calendario después de que recibamos su solicitud. Podemos extender el tiempo a 15 días calendario más para tomar una decisión si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le notificamos antes de que finalice el período inicial de 15 días calendario y le explicamos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional y cuándo esperamos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, le pediremos la información dentro del período inicial de decisión de 15 días y le daremos 45 días para enviar la información. Tomaremos una decisión en un plazo de 15 días calendario después de recibir la información solicitada (incluidos los documentos) que habíamos pedido. Le sugerimos que envíe la información solicitada en una sola vez, así la podemos tener en cuenta cuando tomemos nuestra decisión.

Si no recibimos ninguna de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro de 45 días después de que enviemos nuestra solicitud, tomaremos una decisión dentro de los 15 días siguientes al final del período de 45 días, basada en la información que tenemos.

Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión a usted y, si corresponde, a su proveedor.

Si su solicitud previa al servicio se considera con carácter urgente, le notificaremos nuestra decisión (ya sea adversa o no), verbalmente o por escrito, dentro de un plazo adecuado a su afección clínica, pero no más tarde de 72 horas después de recibir su reclamo. Dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud, podemos pedirle más información. Le notificaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas de haber empezado a recibir la información solicitada. Si no recibimos ninguna de la información solicitada, entonces le notificaremos nuestra decisión dentro de las 48 horas posteriores a nuestra solicitud. Si le notificamos nuestra decisión verbalmente, le enviaremos la confirmación por escrito dentro de los 3 días siguientes. Si rechazamos su reclamo (si no estamos de acuerdo con brindar o pagar todos los servicios que solicitó), en nuestro aviso de determinación adversa de beneficios le explicaremos por qué rechazamos su reclamo y cómo puede presentar una apelación.

13. Apelaciones y quejas

Solicitud de determinación de cobertura de atención simultánea (urgente y no urgente)

Las solicitudes de cobertura de atención simultánea son solicitudes para que el plan de salud continúe brindando, o pagando, un tratamiento cubierto en curso que debe brindarse durante un período determinado o una cantidad de tratamientos, cuando está programado que finalice el curso del tratamiento que ya se recibe. Podemos (a) negar su solicitud de extensión de la atención continua actual autorizada (su solicitud de atención simultánea) o (b) informarle que la atención autorizada que usted recibe actualmente se va a terminar antes de tiempo y usted puede presentar una apelación a nuestra determinación adversa de beneficios al menos 24 horas antes de que termine su tratamiento cubierto en curso; luego, durante el tiempo en que estamos considerando su apelación, usted puede continuar recibiendo los servicios autorizados. Si continúa recibiendo estos servicios mientras consideramos su apelación y la apelación no da como resultado nuestra aprobación de su solicitud de cobertura de atención simultánea, entonces solo pagaremos la continuación de los servicios hasta el momento en que le notifiquemos nuestra decisión de apelación.

Díganos, por escrito, que desea presentar una solicitud de atención simultánea para un tratamiento cubierto en curso. Infórmenos con detalles las razones por las que su atención continua autorizada debe continuar o extenderse. Su solicitud y cualquier otro documento relacionado que nos entregue constituirán su solicitud.

Si desea que consideremos su reclamo de forma urgente y se comunica con nosotros al menos 24 horas antes de que termine su atención, puede solicitar que revisemos su solicitud de atención simultánea de forma urgente. Decidiremos si su reclamo es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su reclamo es urgente. Si determinamos que su reclamo no es urgente, lo trataremos como no urgente. En general, un reclamo es urgente sólo si al utilizar el procedimiento de reclamos no urgentes (a) pudiera poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya estuviera discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, pudiera causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin extender el tratamiento cubierto en curso; o (c) el proveedor que lo atiende solicita que su reclamo debe considerarse como urgente.

Revisaremos su reclamo y, si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión en un plazo razonable. Si presentó su reclamo 24 horas o más antes de que su atención finalice, tomaremos nuestra decisión antes de que su atención autorizada termine realmente. Si su atención autorizada terminó antes de que usted presentara su reclamo, tomaremos nuestra decisión no más tarde de 15 días después de recibir su reclamo. Podemos extender el tiempo a 15 días calendario más para tomar una decisión si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le enviamos un aviso antes de que finalice el período inicial de decisión de 15 días calendario y le explicamos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional, y cuándo esperamos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, le pediremos la información antes de que termine el período inicial de decisión y le daremos tiempo hasta que su atención esté terminando para enviarnos la información; o bien, si su atención ha terminado le daremos 45 días calendario para hacerlo. Tomaremos nuestra decisión lo antes posible si su atención no ha terminado, o dentro de los 15 días calendario después de que recibamos por primera vez la información (incluidos los documentos) que habíamos solicitado. Le sugerimos que envíe la información solicitada en una sola vez, así la podemos tener en cuenta cuando tomemos nuestra decisión. Si no recibimos ninguna de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro del plazo establecido después de enviar nuestra solicitud, tomaremos una decisión basada en la información que tenemos dentro del plazo adecuado, que no excederá los 15 días calendario a partir de la finalización del plazo que le dimos para enviar la información adicional.

Le enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión a usted y, si corresponde, a su proveedor, si así lo solicita. Si consideramos su reclamo simultáneo con carácter urgente, le notificaremos nuestra decisión verbalmente o por escrito tan pronto como lo requiera su afección clínica, pero no más tarde de 24 horas después de haber recibido su apelación. Si le notificamos nuestra decisión verbalmente, le enviaremos la confirmación por escrito dentro de los 3 días calendario después de recibir su reclamo. Si rechazamos su reclamo (si no estamos de acuerdo con brindar o pagar la continuación del tratamiento en curso), en nuestro aviso de determinación adversa de beneficios se le explicará por qué rechazamos su reclamo y cómo puede presentar una apelación.

PROCESO DE APELACIÓN

- Dentro de los 180 días después de recibir nuestro aviso de determinación adversa de beneficios, debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra negación de su determinación de cobertura inicial. Debe incluir lo siguiente: (1) su nombre y número de identificación de miembro, (2) su afección médica o los síntomas relevantes, (3) el servicio específico que está solicitando, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos acreditativos. Su solicitud y los documentos acreditativos constituyen su apelación. Debe enviar sus apelaciones por escrito por correo postal o por fax al Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department).
- Para la revisión de apelaciones de primer nivel, DHMP realizará una revisión escrita de la apelación. Usted tiene el derecho a recibir, previa solicitud y sin costo, acceso razonable a los documentos y las copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la solicitud de beneficios. Es posible que no esté presente para la revisión escrita de la apelación.

13. Apelaciones y quejas

- En el caso de las solicitudes de apelación estándar que no impliquen necesidades de atención de emergencia o urgencia, tomaremos una decisión y le notificaremos por escrito dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su apelación para una apelación previa al servicio o dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación para una apelación posterior al servicio.
- En el caso de las solicitudes de apelación de atención de urgencia y emergencia, se le notificará la decisión, por escrito, con la mayor rapidez que requiera su afección médica, pero antes de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha en que se presentó la solicitud de apelación. También puede iniciar una revisión externa al mismo tiempo que el proceso interno de apelación si el asunto involucra una situación de atención de urgencia, o si se encuentra en un curso de tratamiento continuo.
- Si no está de acuerdo con el resultado de la revisión de apelación de primer nivel, puede solicitar otra revisión, por escrito, llamada apelación de segundo nivel dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la decisión de la revisión de primer nivel.
- DHMP le brindará, si lo solicita, la información suficiente relacionada a la revisión para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si debe presentar la determinación adversa a una revisión. Su decisión de continuar o no con una revisión no tendrá efecto en sus derechos a recibir otros beneficios del plan de seguro de salud, el proceso para seleccionar al responsable de tomar la decisión ni la imparcialidad de dicho responsable.
- Un comité llevará a cabo esta revisión. Ninguno de los miembros del comité habrá participado en ninguna decisión previa asociada a su problema, ni podrán ser subordinados de los responsables que tomaron decisiones previas. Tiene derecho a participar en la revisión en persona o por conferencia telefónica, pero no está obligado a hacerlo. Se le notificará por escrito y con antelación el momento en que ocurrirá la reunión del comité, y si desea participar, usted o su representante designado pueden presentar su punto de vista ante el comité.
- Tiene derecho a recibir, si lo solicita, una copia de los materiales que DHMP pretende presentar en el comité de revisión al menos cinco (5) días calendario anteriores a la fecha de la reunión de revisión. Todo el material nuevo que se desarrolle después del plazo de cinco (5) días será brindado por DHMP, cuando sea posible. Tiene derecho a realizar preguntas al comité de revisión.
- El comité de revisión realizará una reunión para revisar la solicitud de apelación. En el caso de las solicitudes de apelación estándar que no impliquen necesidades de atención de emergencia o urgencia, se le notificará la decisión del comité de revisión, por escrito, dentro de los siete (7) días calendario siguientes a la reunión del comité de revisión.

Apelación urgente

- Decidiremos si su apelación es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica que lo atiende nos diga que su apelación es urgente. Si determinamos que su apelación no es urgente, la trataremos como no urgente. En general, una apelación es urgente solo si al utilizar el procedimiento de apelaciones no urgentes (a) podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar al máximo sus funciones o, si ya está discapacitado, crearía una limitación inminente y sustancial de su actual capacidad para vivir de forma independiente; o (b) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, pudiera causarle dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin los servicios que está solicitando; o (c) el proveedor que lo atiende solicita que su apelación debe considerarse como urgente.

REVISIÓN EXTERNA

Después de la recepción de una determinación adversa de beneficios, es posible que tenga el derecho de solicitar una revisión externa. Usted tiene el derecho a solicitar una revisión externa independiente respecto de nuestra decisión si implica una determinación adversa de beneficios en relación con una negación de un reclamo, en su totalidad o en parte, que constituye (1) la negación de una autorización previa para un servicio; (2) la negación de una solicitud de servicios sobre la base de que el servicio no es médicamente necesario, adecuado, eficaz o eficiente, o no se brinda en el entorno de atención médica adecuado o con nivel de atención adecuado; o (3) la negación de una solicitud de servicios sobre la base de que el servicio es experimental o de investigación.

Puede solicitar una revisión externa para la negación de una solicitud de un estándar alternativo o renuncia a un estándar que de otro modo sería aplicable a una persona en un programa de bienestar y prevención que ofrezca incentivos o recompensas por el cumplimiento de un estándar relacionado con un factor de riesgo para la salud (esto no está sujeto al proceso interno de apelación). Estas solicitudes de revisión no son elegibles para el proceso de revisión externa acelerada.

Puede solicitar una revisión externa si negamos su apelación porque la atención médica que solicita está excluida en su plan de beneficios y usted presenta pruebas por parte de un profesional con licencia de Colorado que establezcan que existe una base médica razonable de que la exclusión no se aplica.

Si nuestra decisión adversa final no implica una determinación adversa de beneficios o una negación según se describe en los ejemplos anteriores, entonces su solicitud no es elegible para una revisión externa.

13. Apelaciones y quejas

Usted no será responsable del costo de la revisión externa. No hay un monto mínimo en dólares para que un reclamo sea elegible para una revisión externa.

Las solicitudes de revisión externa deben presentarse por escrito. Para solicitar una revisión externa, usted debe hacer lo siguiente:

1. Presentar dentro de los 4 meses de la fecha de recepción de la decisión interna de apelación, el formulario completado de la revisión externa independiente de la determinación adversa final de la compañía aseguradora que se enviará con la carta de decisión interna de apelación y la explicación de sus derechos de apelación.
2. Incluir en su solicitud escrita una declaración que nos autorice a divulgar el archivo de su reclamo con su información médica, con inclusión de sus registros médicos. Si no recibimos el formulario de solicitud de revisión externa o el formulario de autorización para divulgar su información médica, entonces no podremos actuar en respuesta a su solicitud. Debemos recibir toda esta información antes de que finalice el plazo correspondiente a su solicitud de revisión externa.

Usted puede solicitar una revisión acelerada si (1) usted tiene una afección médica para la cual el plazo de una revisión estándar podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad de recuperar al máximo su función, o bien, usted tiene una discapacidad existente y el plazo de una revisión estándar crearía una limitación inminente y sustancial en su capacidad existente para vivir de forma independiente, o (2) según la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, el plazo de una revisión estándar podría llevarle a sufrir un dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin los servicios médicos que intenta obtener. Usted puede solicitar una revisión externa acelerada simultáneamente con su apelación interna acelerada. La solicitud de una revisión externa acelerada debe ir acompañada por una declaración escrita de su médico que indique que su afección cumple con los criterios para realizar una revisión externa acelerada. Al momento de presentar su solicitud de revisión externa, usted debe incluir la certificación del médico que indica que usted cumple con los criterios para obtener una revisión externa acelerada y la otra información requerida (descrito anteriormente).

Puede solicitar una revisión externa o revisión externa acelerada que implique una determinación adversa de beneficios basada en que el servicio es experimental o de investigación si el médico que lo atiende certifica que el servicio o tratamiento de atención médica será menos eficaz si no se inicia de manera inmediata, y su médico tratante indica que (a) los tratamientos o servicios de atención médica estándares no han sido eficaces en mejorar su afección o no son médicamente adecuados para usted, o (b) no hay servicios de atención médica estándar ni tratamiento disponible cubierto según este acuerdo de membresía que sea más beneficioso que el servicio de atención médica recomendado o solicitado (el médico debe certificar que existen estudios científicamente válidos que mediante protocolos aceptados demuestran que es más probable que el servicio de atención médica o el tratamiento solicitado sea más beneficioso para usted que los servicios de atención médica estándar o tratamientos disponibles), y el médico es un médico con licencia, certificado o elegible para ejercer en el área de medicina para tratar su afección. Estas certificaciones se deben presentar junto con su solicitud de revisión externa.

Ninguna revisión externa acelerada estará disponible si usted ya recibió la atención médica que origina su solicitud de revisión externa. Si usted no cumple con los requisitos para que se realice una revisión externa acelerada, trataremos su solicitud como una solicitud de revisión externa estándar.

Después de que recibamos su solicitud de revisión externa, le informaremos con respecto a la entidad de revisión externa independiente que la División de Seguros (Division of Insurance) seleccionó para llevar a cabo dicha revisión. Si rechazamos su solicitud de revisión externa acelerada o estándar, incluida cualquier afirmación de que no hayamos cumplido con los requisitos correspondientes relacionados con nuestros procedimientos internos de reclamos y apelaciones, entonces le notificaremos por escrito e incluiremos las razones específicas de la negación. Nuestro aviso incluirá información sobre cómo apelar la negación ante la División de Seguros (Division of Insurance). Al mismo tiempo que le enviamos este aviso a usted, le enviaremos una copia de este a la División de Seguros (Division of Insurance).

Usted no podrá presentar su apelación en persona ante la organización de revisión externa independiente. Sin embargo, usted puede enviar cualquier información adicional que sea sustancialmente distinta de la información brindada o considerada durante el procedimiento interno de apelación o reclamos. Si envía información nueva, podemos considerarla y revocar nuestra decisión respecto a su apelación.

Usted puede presentar su información adicional a la organización de revisión externa independiente para su consideración durante la revisión dentro de los 5 días hábiles siguientes a recibir nuestro aviso en el que se indica la organización de revisión independiente que fue seleccionada para llevar a cabo la revisión externa de su reclamo. A pesar de que no está obligada a hacerlo, la organización de revisión independiente puede aceptar y considerar la información adicional presentada después de que este período de cinco días hábiles finalice.

Si DHMP incumple alguno de los requisitos establecidos en los C.R.S. artículo 10-16-113, artículo 10-16-113.5, Reglamento 4-2-17, o Reglamento 4-2-21, se considerará agotado el proceso interno y podrá solicitar una revisión externa independiente.

Apelación por cancelación retroactiva de la membresía (rescisión)

13. Apelaciones y quejas

Podemos cancelar su membresía de forma retroactiva en caso de fraude o tergiversación esencial de un hecho material. Le enviaremos un aviso por escrito al menos 30 días antes de la cancelación. Dentro de los 180 días después de recibir nuestra determinación adversa de beneficios en la que se indique que su membresía se cancelará de forma retroactiva, usted debe decirnos, verbalmente o por escrito, que desea presentar una apelación a nuestra cancelación de forma retroactiva de su membresía. Debe incluir lo siguiente: (1) su nombre y núm. de registro médico, (2) todas las razones por las que no está de acuerdo con la cancelación de su membresía de forma retroactiva, y (3) todos los documentos acreditativos.

Si tiene preguntas en general sobre las cancelaciones retroactivas de membresías o sobre las apelaciones, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090.

Información sobre cambios en la póliza y las tarifas

Todas las pólizas de seguro comerciales que ofrece DHMP están redactadas para un período de 12 meses, del 1 de enero al 31 de diciembre, de cualquier año determinado. Durante este período no se realizarán cambios de beneficios ni de tarifas.

Modificación o cancelación de este plan

DHMP no puede modificar este plan en el año de beneficios actual, a menos que dicha modificación sea requerida por un cambio en la legislación.

Posibilidad de renovación

Se notificará a los miembros acerca de todos los cambios en los beneficios y las tarifas que entran en vigencia para el siguiente año calendario no menos de 60 días antes de que la nueva póliza comience el 1 de enero.

Las pólizas se renovarán automáticamente al final de un año de beneficios, a menos que el miembro se comunique con el plan o con el Mercado para cancelar la inscripción.

Definiciones

Acontecimiento de cambio en su vida calificador: para la continuidad de la cobertura: acontecimiento (terminación del empleo, reducción de horas) que afecta la elegibilidad de una persona para obtener cobertura.

Agencia/atención médica a domicilio: programa de atención que se dedica principalmente a brindar servicios de enfermería especializada u otros servicios terapéuticos a domicilio o en otros lugares de residencia; una agencia de atención médica a domicilio aprobada:

- Cuenta con políticas establecidas por un grupo de personal profesional asociado a la agencia u organización, incluso políticas para determinar qué servicios brindará la agencia.
- Mantiene registros médicos de todos los pacientes.
- Está autorizada o acreditada.

Año del plan: periodo de 12 meses que comienza a las 12:01 a.m. del 1 de enero y finaliza a las 11:59 p.m. del último día de diciembre.

Apelación: solicitud para cambiar una decisión previa tomada por DHMP.

Área de servicio: área geográfica en la que un plan de salud posee licencia para vender sus productos.

Atención de emergencia: servicios brindados por un establecimiento de atención de emergencia necesarios para diagnosticar y estabilizar a una persona cubierta. El plan debe cubrir esta atención si una persona inexperta prudente con conocimiento promedio de servicios de salud y medicina que actúa de manera razonable considera que existe una afección médica de emergencia o una emergencia que pone en riesgo su vida o la integridad de una extremidad.

Atención de enfermería especializada: atención brindada cuando un enfermero diplomado utiliza su conocimiento profesional para poner en práctica habilidades, dar opiniones y evaluar procesos y resultados. Un enfermero diplomado puede delegar funciones que requieren habilidades limitadas a una persona no profesional. Habilidades de enseñanza, valoración y evaluación son algunas de las diferentes áreas de experiencia clasificadas como servicios especializados.

Atención de mantenimiento: servicios e insumos ofrecidos únicamente para mantener un nivel de función física o mental, y de los cuales no se debe esperar ninguna mejora viable significativa.

Atención de pacientes agudos: un patrón de atención médica en el cual un paciente es tratado por un episodio inmediato y grave de enfermedad, por el parto de un bebé, por el tratamiento subsiguiente de lesiones relacionadas con un accidente u otro traumatismo, o durante la recuperación de una cirugía. Generalmente, la atención de pacientes agudos se ofrece en un hospital y a menudo es necesaria solo por un corto periodo de tiempo. La atención de pacientes agudos incluye la atención de emergencia y de urgencia.

Atención de rutina para el bebé: visita pediátrica del recién nacido y pruebas de la audición del recién nacido dentro del hospital. El copago del hospital se aplica a la atención de rutina de la madre y el bebé juntos; no existen copagos separados, salvo que la madre y el bebé sean dados de alta por separado.

Atención de seguimiento: atención recibida después del tratamiento inicial de una enfermedad o lesión.

Atención para pacientes crónicos: patrón de atención dedicado a las personas con enfermedades o afecciones persistentes y permanentes. Incluye atención específica para los problemas de salud, al igual que otras medidas para alentar la autoasistencia, promover la salud y prevenir la pérdida de funciones.

Ausente de manera temporal: circunstancias por las cuales el miembro abandonó el área de servicio de DHMP, pero planea regresar dentro de un periodo razonable, como un viaje de vacaciones.

Autorización previa: si fuese aprobada, ofrece una garantía de que el plan pagará un beneficio cubierto médicamente necesario brindado por un proveedor de la red para un miembro del plan elegible, y se recibe antes de acceder a un servicio, tratamiento o atención específicos.

Beneficio cubierto: servicio, artículo o insumo médicamente necesario y específicamente descrito como beneficio en el presente manual. Si bien un beneficio cubierto debe ser médicamente necesario, no todos los servicios médicamente necesarios se consideran beneficios cubiertos.

Centro de enfermería especializada: establecimiento público o privado, con licencia y operado en conformidad con las leyes estatales, que brinda atención y cuenta con:

- establecimientos permanentes y de tiempo completo para 10 o más pacientes residentes
- un enfermero diplomado o médico de tiempo completo a cargo de la atención de los pacientes
- por lo menos un enfermero diplomado o enfermero práctico con licencia de turno en todo momento
- un registro médico diario para cada paciente

15. Definiciones

- arreglos de traslado con un hospital
- un plan de revisión de la utilización

Cirugía/procedimiento cosmético: procedimiento electivo realizado solo para preservar o mejorar el aspecto físico, en lugar de recuperar una función anatómica del cuerpo perdida o afectada por una enfermedad o lesión.

Complicaciones del embarazo:

1. afecciones (cuando el embarazo no es interrumpido) cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero se ven afectadas negativamente por el embarazo o son causadas por el embarazo, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirá trabajo de parto falso, manchado ocasional, reposo indicado por el médico durante el período de embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia, y afecciones similares asociadas al control de un embarazo complicado que no constituyen una complicación nosológicamente distinta del embarazo.
2. una cesárea no planificada, un embarazo ectópico, que sea interrumpido y la interrupción espontánea de un embarazo que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

CONDICIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS: las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o una investigación llevados a cabo por un departamento, son que el estudio o la investigación hayan sido revisados o aprobados a través de un sistema de revisión por expertos en el que la Secretaría determina:

- que es similar al sistema de revisión por expertos de los estudios y las investigaciones que utilizan los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health)
- que asegura una revisión imparcial de los estándares científicos más altos, por parte de personas calificadas que no tienen intereses especiales en el resultado de la revisión

Copago: monto predeterminado, expresado como un porcentaje o un monto fijo en dólares, que el inscrito debe pagar para recibir un servicio o beneficio específicos. El copago se debe pagar al momento de recibir el servicio.

Coseguro: cargo expresado como un porcentaje de los gastos elegibles, que usted debe pagar por ciertos servicios de salud cubiertos.

Cuidado de custodia: servicios e insumos provistos principalmente para asistir a una persona en las actividades de su vida diaria. Las actividades de la vida diaria incluyen, por ejemplo, el baño, la alimentación, la administración de medicamentos orales, entre otros servicios que pueden ser prestados por personas sin la capacitación de un proveedor de atención médica.

Cuidados paliativos: forma alternativa de atender personas con enfermedades terminales que pone el énfasis en la atención paliativa en contraposición a la atención curativa o de recuperación. Los cuidados paliativos se concentran en el paciente y la familia como la unidad de atención.

Se ofrecen servicios de apoyo a la familia antes y después de la muerte del paciente. Los cuidados paliativos no se limitan a la intervención médica, sino que se ocupan de las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente. Los servicios de centro de cuidados paliativos incluyen, sin carácter limitativo, enfermería, médico, auxiliar de enfermería con licencia, servicios de enfermería delegados a otros asistentes, personal doméstico, terapia física, pastoral, asesoramiento, voluntario capacitado y servicios sociales. El énfasis del programa de cuidados paliativos es mantener al paciente del centro de cuidados paliativos en su casa, rodeado de familiares y amigos en la medida que sea posible.

Deducible: el monto que deberá pagar por los gastos cubiertos permitidos conforme a un plan de salud durante un periodo específico (p. ej., un año del plan o un año de beneficios) antes de que la compañía aseguradora cubra los gastos. Los gastos específicos sujetos al deducible pueden variar según la póliza.

Deducible familiar: monto del deducible máximo que se requiere alcanzar para todos los familiares cubiertos por la póliza. Puede ser un monto total (p. ej., "\$3,000 por familia") o se puede especificar como la cantidad de deducibles individuales que se debe alcanzar (p. ej., "3 deducibles por familia").

Deducible individual: significa el monto del deducible que deberán pagar usted y cada una de las personas cubiertas por la póliza por los gastos cubiertos permitidos antes de que la compañía aseguradora cubra esos gastos.

Denver Health and Hospital Authority: subdivisión política del estado de Colorado organizada con el objetivo principal de prestar servicios integrales de salud pública y servicios de atención médica a los ciudadanos de la ciudad y el condado de Denver. DHMP es una entidad jurídica independiente de Denver Health Hospital Authority.

Determinación adversa: la negación de una autorización previa para un beneficio cubierto; la negación de beneficios basada en el fundamento de que el tratamiento o el beneficio cubierto no son médicamente necesarios, adecuados, efectivos, eficientes o no se brindan en el entorno de atención médica o el nivel de atención adecuados; una rescisión o cancelación de la cobertura que no se atribuye a la falta de pago de primas y que se aplica retrospectivamente; una

15. Definiciones

negación de beneficios basada en el fundamento de que el tratamiento o el servicio es experimental o está en investigación; o una negación de cobertura basada en la determinación de elegibilidad inicial.

Emergencia: todo acontecimiento que una persona inexperta prudente consideraría que amenaza su vida o la integridad de sus extremidades de forma tal que necesita atención médica inmediata para prevenir la muerte o un problema grave de salud.

Enfermedad: cualquier enfermedad o dolencia del cuerpo, o trastorno mental/nervioso. A los objetivos del presente plan, el embarazo y el parto son considerados como cualquier otra enfermedad, lesión o afección de salud.

Enfermero/enfermero diplomado/enfermero con licencia: persona titular de una licencia para ejercer como enfermero diplomado (Registered Nurse, R.N.), enfermero vocacional con licencia (Licensed Vocational Nurse, L.V.N.) o enfermero práctico con licencia (Licensed Practical Nurse, L.P.N.) en el estado de Colorado y en ejercicio dentro del alcance de su licencia.

Ensayo clínico aprobado: ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se lleva a cabo en relación con la prevención, la detección o el tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal, y que se describa en alguno de los siguientes subpárrafos:

- **ENSAYOS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO FEDERAL:** El estudio o la investigación está aprobado o financiado (lo cual puede incluir el financiamiento mediante contribuciones en especie) por una o más de las siguientes entidades:
 - i. Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health)
 - ii. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)
 - iii. Agencia de Investigación y Calidad de Atención Médica (Agency for Health Care Research and Quality)
 - iv. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
 - los grupos cooperativos o centros de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) o el Departamento de Defensa (Department of Defense), o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs)
 - una entidad no gubernamental de investigación calificada, identificada en las pautas establecidas por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health) para subsidios respaldados por los centros
 - cualquiera de las siguientes entidades si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo (2):
 - Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs)
 - Departamento de Defensa (Department of Defense)
 - Departamento de Energía (Department of Energy)
- El estudio o la investigación se llevan a cabo según una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration).
- El estudio o la investigación es el ensayo de un medicamento que está exento de presentar una nueva solicitud de medicamento en investigación.

Equipo médico durable (DME): equipo médico que puede soportar el uso reiterado, no es consumible ni desechable excepto según se necesite para el uso efectivo del DME cubierto y se utiliza con el objetivo de prestar servicios médicos en el tratamiento de una enfermedad o lesión activa. El equipo médico durable puede ser propio o alquilado para facilitar el tratamiento o la rehabilitación.

Establecimiento de tratamiento especializado: a los fines de este plan, los establecimientos de tratamiento especializado incluyen establecimientos quirúrgicos ambulatorios, centros de cuidados paliativos, establecimientos de enfermería especializada, establecimientos de tratamientos de salud mental, establecimientos de tratamiento contra el uso de sustancias o establecimientos de diálisis renal. El establecimiento debe contar con un médico entre su personal o de guardia. Además, el establecimiento debe preparar y mantener un plan de tratamiento por escrito para cada paciente.

Establecimiento quirúrgico ambulatorio: establecimiento, con licencia y operado de conformidad con la ley, que no ofrece servicios ni alojamiento para la estadía de los pacientes durante la noche. El establecimiento debe contar con un personal médico organizado integrado por médicos, mantener los establecimientos permanentes equipados y gestionados con el objetivo de realizar procedimientos quirúrgicos, y brindar servicios de enfermería con profesionales diplomados siempre que un paciente se encuentre en el establecimiento.

Estadía para observación: hospitalización con una duración de 23 horas o menos.

Farmacia de National Network: esta es una red nacional de farmacias que incluye la mayoría de las farmacias minoristas, como King Soopers, Safeway, Target, Walgreens y otras.

15. Definiciones

Hospital general: institución de salud planeada, organizada, operada y mantenida para ofrecer establecimientos, camas, y servicios durante un periodo continuo superior a 24 horas a personas que necesitan diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lesiones, deformidades, anomalías o embarazos. La institución cuenta con laboratorio clínico, radiografías de diagnóstico y tratamiento médico definitivo dentro del establecimiento a cargo de personal médico organizado.

Los establecimientos de tratamiento para servicios quirúrgicos y de emergencia se brindan dentro de la institución o por acuerdo contractual para dichos servicios con otro hospital con licencia. El tratamiento médico definitivo puede incluir obstetricia, pediatría, psiquiatría, medicamento y rehabilitación física, radioterapia y tratamientos especializados similares.

Hospitalización parcial/tratamiento diurno: se define como tratamiento continuo en un establecimiento de la red por al menos 3 horas por día, pero sin superar las 12 horas por día.

Lesión: afección que se produce independientemente de una enfermedad o cualquier otra causa y es el resultado de una fuerza externa o accidente.

Máximo de desembolso directo: el monto máximo que tendrá que pagar por los gastos cubiertos permitidos conforme al plan de salud. Los deducibles o copagos específicos incluidos en el máximo de desembolso directo pueden variar según la póliza.

Medicamento necesario (necesidad médica): servicios o insumos que cumplen con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, según se determine: (1) si el servicio es el insumo o el nivel de servicio disponible más adecuado para el asegurado en cuestión, considerando los beneficios y daños potenciales para la persona; (2) si se tiene conocimiento de la efectividad del servicio para mejorar resultados de salud, basados en pruebas científicas, estándares profesionales y opinión de expertos; (3) si están basados en pruebas científicas, para aquellos servicios e intervenciones que no forman parte del uso generalizado

Medicamento de marca: medicamento identificado por el nombre comercial asignado por el fabricante. Los medicamentos de marca pueden tener sustitutos genéricos que son iguales desde el punto de vista químico.

Medicamento genérico: los medicamentos genéricos son equivalentes químicos a los medicamentos de marca y reemplazan a estos últimos. Cuando un medicamento genérico con calificación A es reemplazado por un medicamento de marca, se puede esperar que el medicamento genérico produzca el mismo efecto clínico y perfil de seguridad que el medicamento de marca.

Medicare: Ley Federal de Seguro de Salud para Personas Mayores y Discapacitadas (Federal Health Insurance for the Aged and Disabled Act), título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) de Estados Unidos.

Miembro: suscriptor o dependiente inscrito en DHMP y para quien se paga una prima mensual a DHMP.

Pareja de hecho: adulto con quien el miembro mantiene una relación de compromiso exclusivo, que no está relacionado con el miembro y que comparte los gastos de subsistencia básicos con la intención de que la relación dure indefinidamente. Una pareja de hecho no puede ser pariente consanguíneo hasta un grado que pudiera impedir el matrimonio en Colorado y no puede estar casado con otra persona.

Persona inexperta prudente: persona inexperta que utiliza el buen criterio y la razón.

Prima: cargo mensual a un suscriptor por la cobertura de beneficios médicos para el suscriptor y sus dependientes inscritos elegibles.

Profesional de atención primaria (proveedor personal): profesional (médico, enfermero profesional o auxiliar médico) que usted elija de la red de DHMP para supervisar, coordinar y brindarle atención inicial y básica. El proveedor de atención primaria mantiene la continuidad de la atención del paciente (generalmente, un médico dedicado a medicina interna, medicina familiar o pediatría).

Proveedor: un médico o persona que trabaja dentro del alcance de la concesión de licencias estatales o requisitos de certificación correspondientes y posee las credenciales para ejercer como enfermero obstetra certificado (Certified Nurse Midwife, C.N.M.), enfermero anestesta certificado y diplomado (Certified Registered Nurse Anesthetist, C.R.N.A.), auxiliar de salud infantil (Child Health Associate, C.H.A.), médico osteópata (Doctor of Osteopathy, D.O.), médico podólogo (Doctor of Podiatry Medicine, D.P.M.), trabajador social clínico con licencia (Licensed Clinical Social Worker, L.C.S.W.), médico (Medical Doctor, M.D.), enfermero profesional (Nurse Practitioner, N.P.), terapeuta ocupacional (Occupational Therapist, O.T.), asistente médico (Physician Assistant, P.A.), psicólogo (Psychologist, Ph.D., Ed.D., Psy.D.), terapeuta físico diplomado (Registered Physical Therapist, R.P.T.), terapeuta respiratorio diplomado (Registered Respiratory Therapist, R.T.), terapeuta del habla (Speech Therapist, S.T.), o cualquier otra persona con licencia o autorización para prestar servicios de atención médica en el estado.

Proveedor de la red: proveedor de atención médica contratado para ser proveedor en la red de DHMP.

15. Definiciones

Pruebas genéticas: análisis de sangre u otro tejido para detectar anomalías y alteraciones cromosómicas y del ADN, u otras manifestaciones de anomalías en los genes que podrían indicar un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad o un trastorno específicos.

Queja: declaración oral o escrita (queja) por parte de un miembro o representante de un miembro que expresa insatisfacción con cierto aspecto del servicio o la administración de DHMP.

Recomendación A del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF): recomendación adoptada por el grupo de trabajo que recomienda encarecidamente que los médicos clínicos brinden servicios de atención médica preventivos ya que el grupo de trabajo descubrió que existe un alto nivel de certeza de que el beneficio neto del servicio preventivo de atención médica es sustancial.

Recomendación B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF): recomendación adoptada por el grupo de trabajo que recomienda que los médicos clínicos brinden servicios de atención médica preventivos ya que el grupo de trabajo descubrió que existe un alto nivel de certeza de que el beneficio neto es moderado o existe una certeza moderada de que el beneficio neto puede ser de moderado a sustancial.

Red: hace referencia a un grupo específico de médicos, hospitales, clínicas médicas y otros proveedores de atención médica que su plan puede requerir que usted utilice para recibir cualquier tipo de cobertura de conformidad con el plan, o que el plan puede alentarlos a utilizar porque el plan pagará una mayor parte de su factura si utiliza los proveedores de la red (es decir, dentro de la red) que en caso contrario (es decir, fuera de la red).

Remisión: solicitud escrita, firmada por el proveedor de atención primaria de un miembro, que define el tipo, el alcance y el proveedor para un servicio.

Remisión permanente: remisión de un proveedor de atención primaria a un especialista de la red o a un centro de tratamiento especializado de la red de DHMP por una enfermedad o lesión que requiere atención continua.

Representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR): persona que incluye al profesional de atención médica a cargo del tratamiento, autorizada por el miembro para brindar consentimiento en su representación a fin de actuar en nombre del miembro.

Revisión de la utilización: 'revisión de la utilización' se refiere a un conjunto de técnicas formales diseñadas para controlar el uso o evaluar la necesidad clínica, la adecuación, la eficacia, o la eficiencia de los servicios, procedimientos o entornos de atención médica. Las técnicas incluyen revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, gestión de casos, planificación de altas y revisión retrospectiva. Además, la revisión de la utilización debe incluir revisiones con el objetivo de determinar la cobertura basándose en si un procedimiento o tratamiento se considera experimental o de investigación en una circunstancia determinada y las revisiones de las circunstancias médicas de la persona cubierta, cuando sea necesario para determinar si se aplica una exclusión en una situación determinada.

Servicio experimental o de investigación: servicio aún no comprobado o no aprobado por un organismo regulador como tratamiento o procedimiento médicamente eficaz.

Servicios de atención de urgencia: servicios cubiertos que los miembros necesitan a fin de tratar y prevenir un deterioro grave en su salud, pero que no llegan al nivel de una emergencia.

Servicios de habilitación: servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida cotidiana.

Subrogación: recuperación por parte de DHMP de los costos de los beneficios pagados por DHMP cuando un tercero causa una lesión y resulta responsable del pago de los daños.

Suscriptor: el jefe de familia y la base de elegibilidad para la inscripción en DHMP.

Telesalud: una forma de prestación de servicios de atención médica a través de sistemas de telecomunicaciones, que incluye información, tecnologías electrónicas y de comunicación, para facilitar evaluaciones, diagnósticos, consultas, tratamientos, educación, la gestión de la atención o el automanejo de la atención médica cubierta de una persona cuando la persona cubierta se encuentra en el lugar de origen y el proveedor se encuentra en otro lugar distante. El término incluye interacciones sincrónicas y transferencias de almacenamiento y envío.

- Lugar distante: Lugar en el cual un proveedor se encuentra mientras presta servicios de atención médica a través de telesalud.
- Lugar de origen: Lugar en el que un paciente se encuentra en el momento en que se le brindan servicios de atención médica a través de telesalud.

15. Definiciones

- **Transferencias de almacenamiento y envío:** La transferencia electrónica de la información médica de un paciente o una interacción entre proveedores que ocurre entre un lugar de origen y un lugar distante cuando el paciente no está presente.
- **Interacciones sincrónicas:** Interacción en tiempo real entre un paciente que se encuentra en el lugar de origen y un proveedor que se encuentra en un lugar distante.

Terapia de residencia virtual: servicios intensivos con base en el hogar para clientes y familias, que pueden incluir la gestión de casos integral, terapia de familia, terapia individual, capacitación en habilidades de despedida, asesoramiento para mejorar las habilidades de comunicación y coordinación de casos con otros servicios.

Tratamiento residencial: estos establecimientos están típicamente designados para la atención residencial, subaguda o intermedia y pueden estar presentes en sistemas de atención que brindan múltiples niveles de atención. El tratamiento residencial es de 24 horas al día y requiere un mínimo de una visita médica por semana en un establecimiento.

Uso de drogas y alcohol, desintoxicación: tratamiento médico de una persona para asegurar la eliminación de una o más sustancias tóxicas del organismo. La desintoxicación puede estar o no seguida por un programa de rehabilitación completo por uso de drogas o alcohol.

Uso de drogas y alcohol, rehabilitación: recuperación de una persona a su funcionamiento normal o casi normal después de una adicción. Esto se puede lograr como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio.

USPSTF: Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) o una organización que lo suceda, patrocinado por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality), el Departamento de Investigación de Servicios de Salud (Health Services Research Arm) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) federal.

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations-by-date/>

Visita preventiva: los servicios de atención preventiva están diseñados para mantenerlo saludable o para prevenir enfermedades, en lugar de tratar una enfermedad, lesión o afección actual.

Visita al consultorio: visita a un proveedor de atención médica que tiene lugar en el consultorio de dicho proveedor de atención médica. No incluye la atención brindada en una sala de emergencias, sala para cirugía ambulatoria o departamentos auxiliares (laboratorio y radiografías).

No es obligatorio completar este formulario. Usted o su representante designado deben presentar esta solicitud dentro de los 180 días de ocurrido el acontecimiento que origina la queja o dentro de los 180 días de la fecha que aparece en la carta de denegación inicial para las apelaciones. Adjunte copias de todos los documentos que puedan respaldar su solicitud. Si esto es una solicitud urgente, comuníquese directamente con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) llamando al 303-602-2261. Este formulario y todos los documentos que lo acompañen deben enviarse por correo o fax al siguiente domicilio o número:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Grievances and Appeals Department
777 Bannock Street
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2078
<https://www.denverhealthmedicalplan.org/>

TIPO DE PLAN DHMP (MARQUE UNA OPCIÓN):

Denver Health and Hospital
Authority (DHHA)
☐ Denver Health Plan (HMO)
☐ Denver Health Extended Plan
(POS)

Elevate Health Plans
☐ Bronze HDHP
☐ CO Option Gold
☐ CO Option Silver
☐ CO Option Bronze

A continuación, ingrese la información sobre la persona para quien se presenta la queja o apelación:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Núm. de id. del miembro

Domicilio particular

Ciudad, estado, código postal

Núm. de teléfono

Núm. de registro médico

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)



Si se mencionó anteriormente a una persona que no es el miembro, ingrese la siguiente información sobre la persona que presenta la queja o la apelación. En su solicitud debe incluir un formulario completo de designación de representante personal (Designation of Personal Representative, DPR). Sin este formulario, no podremos procesar su queja o apelación. El formulario de DPR se puede obtener visitando nuestro sitio web o llamando al 303-602-2661.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Núm. de teléfono

Domicilio postal

Ciudad, estado, código postal

Relación con el miembro: ☐ Cónyuge ☐ Hijo/Hija ☐ Padre/Madre/Tutor legal
☐ Proveedor del miembro ☐ Otra (especificar)

SECCIÓN A: QUEJA: si esto se relaciona con una queja, describa el problema en el recuadro a continuación. Si está presentando una apelación, vaya a la sección B. Incluya las fechas de servicio y los nombres del personal si corresponde. Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

Fecha de recepción: _____ ☐ Queja ☐ Apelación Recibida por: _____
Tipo: ☐ Clínica ☐ Posible queja sobre la calidad de la atención (Quality of Care Complaint, QOCC)
☐ Beneficio ☐ Farmacia ☐ Reclamo ☐ Otro

SECCIÓN B: APELACIÓN: si desea presentar una apelación por un servicio o un reclamo anteriormente denegados, ingrese la información solicitada a continuación.

El presente formulario, ¿se relaciona con un reclamo denegado? O Sí O No

En caso afirmativo, brinde el número de reclamo: _____

Fecha(s) del servicio: _____

Nombre del proveedor: _____

¿El presente formulario se relaciona con un servicio o tratamiento médico denegado?
O Sí O No

En caso afirmativo, escriba la fecha de la carta de denegación: _____

En el espacio a continuación, escriba el motivo y una breve descripción de su apelación.
Puede utilizar páginas adicionales si fuera necesario o adjuntar documentación acreditativa.

Firma del miembro

Fecha

Firma del representante personal designado

Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance & Appeals Department) de DHMP, llamando al 303-602-2261, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si no podemos responder su llamada, deje un mensaje y le devolveremos la llamada en un plazo de 24 a 48 horas.

Para uso interno solamente. No escriba debajo de esta línea.

Página intencionalmente en blanco

Fecha de recepción: _____ O Queja O Apelación Recibida por: _____
Tipo: O Clínica O Posible queja sobre la calidad de la atención (Quality of Care Complaint, QOCC)
O Beneficio O Farmacia O Reclamo O Otro

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) debe seguir ciertos procedimientos antes de permitirle acceso a otra persona que no sea el miembro a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). El objetivo de nombrar a un representante personal es permitir que otra persona actúe en su nombre con respecto a lo siguiente: 1) tomar decisiones acerca de sus beneficios de salud, 2) solicitar o divulgar su información médica protegida, y 3) ejercer algunos o todos los derechos que usted tiene según su plan de beneficios de seguro médico. Un representante personal puede ser nombrado legalmente por un miembro para que actúe en su nombre. La designación de un representante personal es voluntaria, y este puede ser un familiar, un amigo, un defensor, un abogado o un tercero no vinculado. Usted puede cambiar o revocar el nombramiento de un representante personal en cualquier momento. Si opta por revocar un nombramiento, complete la sección H que figura a continuación y envíela a DHMP.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR		
Nombre del miembro: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: 	Núm. de teléfono: () -
Domicilio:	Núm. de grupo: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Ciudad, estado, código postal:	Núm. de id. del miembro: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Nombre del suscriptor: (si es distinto del nombre del miembro)	Fecha de nacimiento: 	Núm. de teléfono: () -

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL		
Nombre: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: 	Núm. de teléfono: () -
Domicilio:	Apellido de soltera de la madre: (para verificación de la identidad)	
Ciudad, estado, código postal:	Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:	



SECCIÓN C: RELACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL CON EL MIEMBRO (seleccione una opción)

- ☐ Padre/madre/tutor de un menor: adjuntar una copia del certificado de nacimiento del menor o los documentos legales que designan al tutor.
- ☐ Poder notarial con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre de un miembro: adjuntar una copia del formulario de poder notarial firmado.
- ☐ Albacea testamentario o administrador de los bienes del miembro fallecido: adjuntar cartas testamentarias u otros documentos legales que demuestren la condición de albacea testamentario o administrador.
- ☐ Otra: (Describa su relación con el miembro y adjunte una prueba de su autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro).

SECCIÓN D: TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA/UTILIZADA/RECIBIDA POR EL REPRESENTANTE PERSONAL (seleccionar todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|---|
| ☐ Autorización previa/información de remisión | ☐ Inscripción/beneficios |
| ☐ Gestión de casos | ☐ Información de la farmacia |
| ☐ Tarjeta de id. del miembro | ☐ Reclamos |
| ☐ Facturas de primas | ☐ Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals) |
| ☐ Documentos del plan (p. ej., tarjeta de id del miembro, manual, <i>Explicación de beneficios</i>) | ☐ Todos los documentos del plan e información del miembro disponibles, sin limitación |
| ☐ Otra: | |

SECCIÓN E: ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA AL SIGUIENTE DOMICILIO POSTAL O NÚMERO DE FAX

Domicilio postal:

Denver Health Medical Plan
Attn: Health Plan Services
777 Bannock Street, MC6000
Denver, CO 80204

Núm. de fax seguro:

303-602-2138

SECCIÓN F: FIRMA DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR:

He completado la información anterior. Acepto que, al firmar este formulario, autorizo a DHMP a brindar a mi representante personal el mismo trato que me brinda a mí.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha



SECCIÓN G: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Por la presente, yo, _____ acepto el nombramiento por parte del miembro. Acepto que, al firmar este formulario, tengo autoridad para actuar en nombre del miembro. He adjuntado los documentos requeridos que corresponden para establecer mi condición de representante personal. Certifico que la información indicada en el presente formulario de representante personal es verdadera, correcta y exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que la Compañía puede solicitar información, ahora o en el futuro, que considere necesaria para confirmar mi condición de representante personal.

Firma del representante personal

Fecha

NOTA IMPORTANTE: El nombramiento de un representante personal es válido durante un año a partir de la fecha de la firma del miembro. Usted puede revocar el nombramiento en cualquier momento. Para ello, deberá completar la sección de revocación (Sección H) y devolverla a DHMP al domicilio indicado.

SECCIÓN H: REVOCACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

Entiendo que, al firmar esta sección, estoy **revocando** el nombramiento de mi representación personal y ya no quiero que la persona (escriba el nombre de la persona en letra de imprenta de manera legible a continuación),

actúe como mi representante personal. Entiendo que esta revocación se aplica a toda divulgación futura de información médica personal, ya sea oral o escrita, y a toda acción futura. También entiendo que no se puede revocar ninguna divulgación o acción ya realizada por el representante personal o por DHMP durante el período de nombramiento de representación. La fecha de revocación que se usará es la fecha en que DHMP reciba el presente formulario de revocación.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha

Envíe este formulario por correo postal o fax a la siguiente dirección:

Denver Health Medical Plan
Attn: Health Plan Services
777 Bannock Street, MC6000
Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2138

Correo electrónico: DHMPMemberServices@dhha.org

Página intencionalmente en blanco

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Complete toda la información solicitada en esta sección para el miembro cuya información se divulgará.

Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título (Sr., Hijo, III.)	Fecha de nacimiento: 	Núm. de teléfono: () -
Domicilio:	Núm. de grupo: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Ciudad, estado, código postal:	Núm. de id. del miembro: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	

SECCIÓN B: PERSONAS AUTORIZADAS

Enumere las personas u organizaciones a las que autoriza a ver o recibir su PHI. Incluya el domicilio y el número de teléfono de cada persona en caso de que necesiten ser contactadas en una emergencia.

1.	Nombre/organización:	Relación:
	Domicilio:	Núm. de teléfono: () -
2.	Nombre/organización:	Relación:
	Domicilio:	Núm. de teléfono: () -

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA (MARCAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Si es necesario más espacio para describir la información médica protegida (Protected Health Information, PHI), adjunte una página adicional.

- ☐ Información de autorización de precertificación/remisión
 ☐ Inscripción/Beneficios
☐ Autorización de la información del manejo de enfermedades
☐ Información de gestión de casos
 ☐ Información de pago
 ☐ Información de farmacias
☐ Información demográfica
 ☐ Gestión de la salud
 ☐ Información de reclamos
☐ **TODAS LAS ANTERIORES**
☐ Otra: (especificar)

Entiendo que mi autorización específica es necesaria para divulgar mi información relacionada con los puntos que se detallan a continuación. Al colocar las iniciales, autorizo a que se divulgue la siguiente información pertinente a mi caso:

Embarazo/reproducción (iniciales)	Psicoterapia/salud mental (iniciales)	VIH/sida (iniciales)	Alcoholismo/uso de sustancias (iniciales)
---	---	--------------------------------	---

La información se utilizará/divulgará con el siguiente objetivo:

SECCIÓN D: PERÍODO DE TIEMPO

A menos que se indique a continuación, las personas autorizadas en la sección B pueden obtener su PHI a partir de la fecha de cobertura de su plan con Denver Health Medical Plan, Inc.

☐ Solo responda las preguntas desde (insertar fecha) hasta (insertar fecha).

SECCIÓN E: ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN (MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. ES OBLIGATORIO COMPLETAR ESTA SECCIÓN).

☐ Las personas en la sección B pueden analizar oralmente mi PHI con Denver Health Medical Plan, Inc.

☐ Las personas en la sección B pueden inspeccionar u obtener copias de mi PHI de Denver Health Medical Plan, Inc.

☐ Las personas en la sección B pueden cambiar mi médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y mi domicilio, ambos mantenidos por Denver Health Medical Plan, Inc.

SECCIÓN F: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Complete esta sección si usted es un representante personal que actúa en nombre de un miembro. Debe incluir una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de su autoridad y representación legal:

- » representante válido de atención médica
- » documentación que certifique la tutela
- » poder notarial
- » formulario válido de designación de representante de cliente (Designation of Client Representative, DCR)

Si el miembro falleció, incluya uno de los siguientes documentos:

- » certificado del administrador o albacea testamentario
- » certificado del cónyuge supérstite

Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título (Sr., Hijo, III.)

Relación:

Domicilio:

Núm. de teléfono:
() -

SECCIÓN G: FIRMA/FECHA

Lea detenidamente lo siguiente antes de firmar.

Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente: (1) si la entidad autorizada para recibir mi PHI no es un plan de salud, un proveedor de atención médica u otra entidad cubierta según lo descrito por la Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la información divulgada puede dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales que rigen el uso/la divulgación de información médica protegida; (2) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a Denver Health Medical Plan, Inc.; (3) si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción que Denver Health Medical Plan, Inc. haya tomado de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi revocación; (4) es mi elección firmar este formulario y lo hago voluntariamente. Firmar o no firmar este formulario de autorización no afectará ninguna decisión de pago, inscripción, elegibilidad ni decisiones de cobertura respecto de beneficios tomadas por Denver Health Medical Plan, Inc.

Firmo esta autorización bajo pena de perjurio y certifico que la información contenida en esta autorización es verdadera y correcta, y puede ser utilizada por Denver Health Medical Plan, Inc.

Firma del miembro o del representante personal:

Fecha:

| |

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el miembro:

NOTA IMPORTANTE

☐ Sí, quisiera una copia de este formulario para guardar en mis registros.

☐ No, no necesito una copia de este formulario para guardar en mis registros.

SECCIÓN H: DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA AL SIGUIENTE DOMICILIO:

Correo postal:

Denver Health Medical Plan
 ATTN: Privacy Officer
 777 Bannock Street, Mail Code 1919
 Denver, CO 80204

Fax seguro: (303) 602-2025

Correo electrónico: Privacy@dhha.org

Página intencionalmente en blanco

17. Índice

A

Access Plan (Plan de acceso) 12
Administración de inyecciones 23
Alimentos médicos 23
Aparatos ortopédicos 19
Asesoramiento sobre dietas y nutrición 18
Atención de emergencia 11
Atención de maternidad 23
Atención del recién nacido 24
Atención fuera del horario de atención al público 11
Atención médica a domicilio 21

C

Cambio de domicilio 13
Cancelación de la cobertura 45
Centro de enfermería especializada/servicios de atención prolongada 29
Comienzo de la cobertura 10
Cómo utilizamos o compartimos la información 40
Cirugía 36

Confidencialidad 42
Copagos 35
Coseguro 35
Cuidados paliativos 21

D

Dejar de fumar 301
Derechos de los miembros 40
Divulgación de información médica y de facturación
 Información a terceros 37

E

Educación e insumos para diabetes 18
Elegibilidad 10
Equipo médico durable 18
Estadía en el hospital para observación 25
Estudios del sueño 29
Estudios y ensayos clínicos 17
Exámenes oculares y oftalmología 20
Exclusiones 32

F

Fin de la cobertura 10

I

Infertilidad 26
Información de privacidad/HIPAA 38
Inscripción 9
Instrucciones anticipadas 13

L

Lesiones o enfermedades causadas por terceros 36

N

NurseLine (Línea de Enfermería) 12

P

Periodo de inscripción especial 9
Planificación familiar 25
Preguntas 40
Presentar un reclamo 36
Prótesis 19
Proveedor de atención primaria 11
Pruebas para detección de alergias y tratamiento 17

Q

¿Quién es elegible? 9
Quejas 47

R

Radiología/radiografías 29
Red 16
Responsabilidades de los miembros 41

S

Servicio de ambulancia 20
Servicios de hospitalización 21
Servicios de infusión 23
Servicios de intervención temprana 19
Servicios de laboratorio y patología 23
Servicios de salud conductual y mental 24
Servicios de salud de afirmación de sexo 26
Servicios de traducción 12
Servicios para autismo 17
Servicios para trastornos por uso de sustancias 29

T

Tarjeta de identificación 16
Terapias 30

V

Vacunas 26
Viajes 12
Visión 25
Visitas al consultorio 17

Visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/> para obtener información relacionada con el proceso de autorización de DHMP, incluido, entre otros, los estándares previos al servicio de Gestión de la Utilización de Servicios, simultáneos a las urgencias y posteriores al servicio.

USTED TIENE DERECHO A DESIGNAR A CUALQUIER PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE PARTICIPE EN NUESTRA RED Y QUE ESTÉ DISPONIBLE PARA ACEPTARLO A USTED O A SUS FAMILIARES.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/>. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No es necesario contar con la autorización previa de Denver Health Medical Plan, Inc. ni de ninguna otra persona (incluso un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica en nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de atención médica puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, entre ellos la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento previamente aprobado o los procedimientos para realizar remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2090 o visite nuestro sitio web

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/>. Ya no se aplica el límite para toda la vida sobre el valor en dólares de los beneficios en Denver Health Medical Plan, Inc. Los dependientes pueden estar cubiertos hasta los 26 años.

Para obtener formularios e información adicional visite: <https://www.denverhealthmedicalplan.org/exchange-colorado-option-forms-documents-links>.

Para obtener datos sobre los reclamos, las EOB, tarjetas de reemplazo, etc. cree una cuenta en nuestro portal para miembros.



**DENVER HEALTH
MEDICAL PLAN** INC.™

777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204
Servicios del Plan de Salud: 303-602-2090
[denverhealthmedicalplan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org)