



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.

Resumen de beneficios

**Elevate Medicare Select
(HMO)**

H5608-002

Desde el 1 de enero de 2025
hasta el 31 de diciembre de 2025

¿Necesita ayuda?

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

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

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

Si necesita una lista completa
de lo que cubrimos o cualquier
limitación, visite

[DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org)

para obtener una copia
de la *Evidencia de cobertura*
(Evidence of Coverage, EOC)
o puede llamarnos para
solicitar una copia.



Para inscribirse en nuestro plan, usted debe:

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

Plan médico: qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Prima mensual del plan Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si la tiene.	\$0
Deducible	\$0
Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$6,750
Cobertura de los servicios de hospitalización† Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado por 60 días consecutivos.	• Días 1 al 5: \$350 de copago por día por cada período de beneficio • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficio • Días 91 al 150: \$816 de copago por “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos † Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$0 de copago para diagnóstico de colonoscopia/endoscopia \$275 de copago por otros servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en centros hospitalarios ambulatorios \$205 de copago para otros servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago para diagnóstico de colonoscopia/endoscopia \$200 de copago para otros servicios de cirugía ambulatoria en centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 de copago Visita al especialista: \$15 de copago por cada visita al consultorio de un médico especialista cubierto por Medicare. \$35 de copago por cada procedimiento cubierto por Medicare en el consultorio de un médico especialista.
Atención preventiva	\$0 de copago
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por la misma afección, el costo compartido por la sala de emergencia no se aplica.	\$110 de copago
Servicios de atención de urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por la misma afección, el costo compartido de los servicios de atención de urgencia no se aplica.	\$40 de copago

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes • Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare • Radiografías • Laboratorios cubiertos por Medicare	<u>Radiología de diagnóstico</u> \$35 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un consultorio \$160 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un centro ambulatorio <u>Radiología terapéutica</u> \$35 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un consultorio \$60 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un centro ambulatorio \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare \$35 de copago para radiografías cubiertas por Medicare
Servicios de audición • Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • Un examen de audición de rutina cada tres años • Adaptación de audífonos o examen de evaluación • Audífonos	\$0 de copago para examen de audición de rutina cada 3 años Cobertura del plan hasta un monto máximo de \$1,500 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) Medicare cubre algunos servicios dentales que están estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.	\$15 de copago por cada servicio dental médicamente necesario cubierto por Medicare
Beneficios dentales (beneficios extras ofrecidos por DHMP) Cobertura dental preventiva e integral • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Exámenes orales (hasta 2 por año calendario). • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Tratamiento con flúor (1 tratamiento por año). • Empastes (hasta 2 servicios por año calendario). • Consulte la EOC para obtener servicios odontológicos cubiertos adicionales.	\$0 de copago por los servicios cubiertos hasta el beneficio máximo anual de \$2,000 para servicios preventivos y dentales cada año

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Servicios de la visión • Visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares • Examen ocular de rutina complementario cada año • Prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo • Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)	\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año Hasta \$220 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 190 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.	• Días 1 al 5: \$350 de copago por día por cada período de beneficio • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficio • Días 91 al 150: \$816 de copago por “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$20 de copago
Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.	• \$0 de copago por día durante los días 1 al 20 • \$188 de copago por día durante los días 21 al 44 • \$0 de copago por día durante los días 45 al 100 • Pasados los 100 días: todos los costos
Rehabilitación ambulatoria† • Cardíaca (Corazón) • Pulmonar (Pulmón) • Terapia ocupacional† • Terapia física† • Terapia del habla†	\$20 de copago por cada visita cardíaca \$15 de copago por cada visita pulmonar \$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional \$25 de copago por cada visita de terapia física y del habla † Se requiere autorización previa después de las primeras 30 visitas.

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Ambulancia	\$250 de copago Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de ambulancia.
Transporte Traslados de ida y vuelta ilimitados para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan.	\$0 de copago
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	0% al 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B 0% al 20% del costo total de los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare † Es posible que se requiera autorización para algunos medicamentos de la Parte B.

Cobertura de medicamentos con receta

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

Etapas de cobertura inicial:

La parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D de:

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de envíos por correo (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para la atención a largo plazo (long term care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$15 de copago	\$0 de copago	N/C	\$15 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	\$20 de copago	\$9 de copago	N/C	\$20 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$47 de copago	\$45 de copago	N/C	\$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$95 de copago	N/C	\$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total	33% del costo total
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	N/C	\$0 de copago

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

La parte que le corresponde a usted del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo (hasta 100 días)* de un medicamento con receta de la Parte D que está cubierto:

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para 100 días)	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (suministro para 100 días)	Costo compartido de envíos por correo estándar (suministro para 100 días)	Costo compartido de envíos por correo preferido (suministro para 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	\$45 de copago	\$0 de copago	\$45 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	\$60 de copago	\$18 de copago	\$60 de copago	\$0 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	\$141 de copago	\$135 de copago	\$141 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 de costo compartido (Marca no preferida)	\$300 de copago	\$285 de copago	\$300 de copago	\$285 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	No está disponible el suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

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

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

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que los costos de desembolso directo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista, envíos por correo y entregas a domicilio) alcanzan los \$2,000, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

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

- **farmacia minorista estándar o preferida**
- **farmacia de atención a largo plazo (LTC)**
- **envíos por correo**

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

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Monitor de presión arterial Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un monitor de presión arterial cubierto hasta \$135 de por vida para los miembros participantes del Programa de Control de la Presión Arterial. Deben ser brindados por el plan.
Atención quiropráctica Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.	\$20 de copago

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation Ofrecemos una membresía anual a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, tome su tarjeta de id. de Elevate Medicare Select (HMO) y una identificación con foto válida para el centro de recreación de su elección. Nota: Esta membresía no incluye el costo de participar en las clases. Es posible que tenga que pagar una pequeña tarifa para inscribirse en las clases de entrenamiento físico.	\$0 de copago
Servicios e insumos para la diabetes† • Zapatos y plantillas terapéuticos • Insumos para el control de la diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago † Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa Dexcom y algunos de FreeStyle Libre no requieren autorización previa. Todos los demás proveedores requieren autorización.
FlexCard: Alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Le proporcionaremos fondos trimestrales que puede usar para ayudar a pagar alimentos saludables cubiertos y artículos OTC en una tarjeta recargable. La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros cumplen con los requisitos. Todos los miembros cumplen con los requisitos para recibir el beneficio de artículos OTC de salud y bienestar. Su asignación está disponible en su FlexCard al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de inscripción. Asignación para alimentos saludables • Un miembro identificado como paciente con una o más enfermedades crónicas (enumeradas en la sección 2.1 del capítulo 4 de la Evidencia de cobertura [EOC]) recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de alimentos saludables elegibles. Asignación para artículos de venta libre • Recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de artículos de salud y bienestar OTC.	Recibirá hasta \$820 por año: • \$75 por trimestre para alimentos saludables (para miembros elegibles) • \$130 por trimestre para los artículos de venta libre (OTC) La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros cumplen con los requisitos.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
FlexCard: Alimentos saludables y artículos de venta libre (OTC) (continuación) Para obtener más información sobre los artículos o las ubicaciones elegibles, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.	

Llámenos para obtener asistencia.

Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito: 1-877-956-2111.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y otros formatos como braille, letras grandes o audio.

Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual **“Medicare y usted”**. Véalo en Internet en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Aviso multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hindi: •हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

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

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

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、

1-877-956-2111にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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