

Elevate Medicaid Choice

de Denver Health Medical Plan

*Member Handbook
Manual para miembros*



ELEVATE
MEDICAID CHOICE

Denver Health Medical Plan Inc.™



>> ÍNDICE

Números de teléfono importantes 3

Bienvenido a Denver Health	4
Video para miembros nuevos	5
Sus tarjetas de id. de DHMC y Medicaid	6
Dónde puede recibir atención	9
Consejos rápidos para obtener atención en Denver Health.....	9
1) Cómo funciona su plan	11
Cómo obtener datos sobre los proveedores	11
¿Qué es un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?	11
¿Por qué es importante su PCP?	11
Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC	11
Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista	12
Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios ..	12
Inscripción y cancelación de inscripción	13
Inscripción abierta	14
¿Cuándo no puede ser miembro de DHMC?	14
Otro plan de salud.....	15
Facturas médicas.....	15
Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación	15
¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba? ..	16
¿Cuándo no debe pagar por la atención?	16
Planes de incentivos para médicos	16
Lesiones o enfermedades causadas por terceros.....	16
¿Qué son las instrucciones médicas anticipadas?	17
Representante para tomar decisiones.....	18
Uso de un representante personal designado.....	19
Privacidad.....	19
Formar parte del Foro Asesor del Consumidor.....	19
Boletín para miembros de DHMC	19
2) Sus derechos y responsabilidades	20

Sus derechos.....	20
Sus responsabilidades.....	21
3) Cómo recibir atención	22
Atención de emergencia.....	22
Atención de urgencia	22
Atención posterior a la estabilización	23
Atención preventiva y de rutina	24
Cómo programar una cita.....	24
Normas para citas de DHMC.....	24
Farmacia	25
Farmacia por Correo	27
4) Cómo recibir atención cuando se encuentre lejos de su hogar	29
Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar	29
5) Atención médica para la mujer	30
Consulta a un obstetra o ginecólogo	30
Planificación familiar.....	30
Pruebas de cáncer de cuello de útero	30
Pruebas de detección de cáncer de mama.....	30
Atención durante el embarazo	30
Cómo inscribir a su recién nacido en DHMC	30
6) Atención médica para niños	31
Vacunas para la niñez y adolescencia.....	31
Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)	33
Consideraciones o limitaciones especiales.....	34
Vacunas contra la gripe	35
Servicios de intervención temprana	35
7) Programas especiales de atención médica	36
Programas especiales de atención médica para nuevos miembros y para miembros con necesidades especiales médicas	36
Gestión de casos.....	36

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Gestión de la Utilización de Servicios	38
Médicamente necesario	38
Pautas de práctica clínica.....	39
8) Sus beneficios de DHMC.....	40
Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Denver Health Medicaid Choice.....	52
9) Servicios adicionales	54
Servicios de salud mental.....	54
Transporte	55
NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health	55
Beneficios integrales	55
10) Calidad	56
11) Quejas	58
¿Qué es una queja?.....	58
Qué hacer si tiene una queja	58
Después de presentar una queja	58
Si necesita ayuda para presentar una queja.....	59
Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja.....	59
12) Apelaciones.....	60

¿Qué es una carta de aviso de determinación adversa de beneficios?.....	60
Aviso anticipado de determinación adversa de beneficios.....	60
¿Qué es una apelación?.....	61
Cómo presentar una apelación	61
Cómo presentar una apelación acelerada.....	61
Después de presentar una apelación	62
Cómo extender los plazos de las apelaciones	62
Cómo obtener ayuda para presentar una apelación....	63
Audiencia imparcial estatal	63
Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal.....	64
Defensor del pueblo de Health First Colorado	64
Consejos para la atención médica pediátrica.....	66
FORMULARIOS INCLUIDOS AL FINAL DEL MANUAL	
• Formulario de coordinación de beneficios	
• Formulario de nombramiento de representante personal designado (DPR)	
• Formulario de quejas y apelaciones de los miembros	

LETRAS GRANDES U OTROS IDIOMAS

If you have questions about this notice, we can help you for free. We can also give it to you in other formats like large print, audio or in other languages. Call 303-602-2116, toll free 1-855-281-2418, or 711 for callers with speech or hearing needs.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, podemos ayudarlo sin costo alguno. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Llame al 303-602-2116, sin costo al 1-855-281-2418 o al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito **1-855-281-2418**.

>> NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

LLAMADA DE EMERGENCIA 9-1-1

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

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

Centro de Citas

- Para programar una cita: 303-436-4949

Si necesita ayuda o tiene preguntas o inquietudes

DHMC ofrece herramientas y servicios auxiliares gratuitos para los miembros con discapacidades para ayudarlos a que se comuniquen con nosotros. Puede obtener ayuda en servicios de lenguaje de señas e interpretación oral en cualquier idioma de forma gratuita. Para obtener información sobre los beneficios, hacer preguntas o plantear inquietudes, comuníquese con:

- Servicios del Plan de Salud: 303-602-2116
- Número gratuito: 1-855-281-2418
- TTY: 711
- Fax: 303-602-2138

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

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

Para verificar el estado de su solicitud de autorización de farmacia

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

Para aclarar dudas acerca de la inscripción/cancelación de inscripción

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

Para obtener datos sobre las audiencias imparciales estatales

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

Otros números de teléfono

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> ¡BIENVENIDO A DHMC!

Bienvenido a Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, administrado por Elevate Medicaid Choice, DHMC.

DHMC se enorgullece de tenerlo como miembro. Este manual lo ayudará a obtener los servicios que necesite. Es su guía para la atención médica.

Puede obtener más detalles sobre la estructura y el funcionamiento de DHMC. Llame a Servicios del Plan de Salud para solicitarlos.

Este *Manual para miembros* no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMC. Utilice el *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de proveedores de atención médica que trabajan para DHMC. El *Directorio de proveedores* muestra información tal como nombres, ubicaciones, idiomas que habla el proveedor y los tipos de médicos de Denver Health. Puede encontrar el *Directorio de proveedores* en Internet, en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor>. Puede solicitar el *Directorio de proveedores* llamando a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

Vea este video para obtener información sobre el Centro de Citas de Denver Health, cómo conectarse con su médico de manera virtual y cómo utilizar MyChart.

[Atención virtual de Denver Health](#)

Tiene derecho a tener un nuevo *Manual para miembros* y a todos los datos contenidos en este, en todo momento. DHMC enviará una copia del *Directorio de proveedores* y del *Manual para miembros* a cualquier persona que lo solicite por teléfono o por escrito, en un plazo de los 5 días hábiles posteriores a la solicitud. DHMC está aquí para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este manual, o tiene dudas, comuníquese con Servicios del Plan de Salud.

Este manual está disponible de manera gratuita en otros idiomas, braille, letras grandes y cintas de audio. Llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** si necesita este manual en un idioma o formato diferente. Se puede traducir cualquier material de los miembros. Llame a Servicios del Plan de Salud para solicitar su idioma.

DHMC brinda servicios de intérpretes gratuitamente para nuestros miembros en varios idiomas. Si desea utilizar un intérprete durante sus visitas, informe al **Centro de Citas** cuando llame al **303-436-4949**. Si necesita un intérprete para otras necesidades de atención médica, llame a Servicios del Plan de Salud.

DHMC también ofrece servicios de TTY para aquellos con impedimentos auditivos. El número de teléfono TTY de Servicios del Plan de Salud es 711. Cuando necesite un intérprete de lenguaje de señas u otra ayuda durante sus visitas a las clínicas, comuníquese al Centro de Citas antes de la fecha de su visita para poder hacer los arreglos pertinentes con un intérprete.

Portal para miembros MyDHMP

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Estos son algunos de los beneficios que ofrece el portal:

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

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

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



Para acceder a sus expedientes médicos, enviar un mensaje a su proveedor, programar una cita, solicitar la renovación de medicamentos con receta y más, visite el portal para pacientes de Denver Health MyChart.Denverhealth.org.

Su tarjeta de id. de DHMC

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMC al visitar a su proveedor o recoger un medicamento en la farmacia, o para obtener cualquier otro servicio de salud. Si pierde su tarjeta de id., llame a Servicios del Programa de Salud para solicitar una nueva. La nueva tarjeta llegará por correo en unas semanas.

Como miembro de DHMC, usted debe

- leer este *Manual para miembros*
- llamar a su proveedor de atención primaria, PCP, cuando usted o su hijo necesiten atención médica
- acudir a las citas con su PCP y con otros proveedores
- brindar datos honestos acerca de su salud cuando se la pidan su PCP o el personal de DHMC

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- colaborar voluntariamente con su PCP
- usar los proveedores de la red de DHMC para recibir atención fuera del consultorio del PCP
 - Esto lo asignará a su hogar médico y lo ayudará a mantenerse saludable y en contacto con su PCP.

Como su plan de salud, nos comprometemos a

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

Vea el video para miembros nuevos

Vea nuestro video para nuevos miembros para obtener datos importantes sobre los servicios y beneficios disponibles a través de su plan Elevate Medicaid Choice. Encontrará el video en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice>.

Su tarjeta de id. de DHMC

Usted debe llevar consigo su tarjeta de id. de DHMC al visitar a su proveedor o recoger un medicamento en la farmacia, o para obtener cualquier otro servicio de salud.

ELEVATE MEDICAID CHOICE

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



MedImpact

RxBIN: 003585	Language:
RxPCN: ASPROD1	
RxGrp: DHM02	Prior authorization may be required for some services.
Rx ID #:	

In case of emergency call 911 or go to the nearest hospital emergency room.
ER/UC is covered anywhere in the U.S.

This card does not prove membership or guarantee coverage.

DenverHealthMedicalPlan.org

Health Plan Services: 303-602-2116	<u>Pharmacy Providers</u>
Toll Free: 855-281-2418	Rx Help Desk/Auths: 303-602-2070
TTY Users: 711	MedImpact Help Desk: 800-788-2949
NurseLine: 303-739-1261	



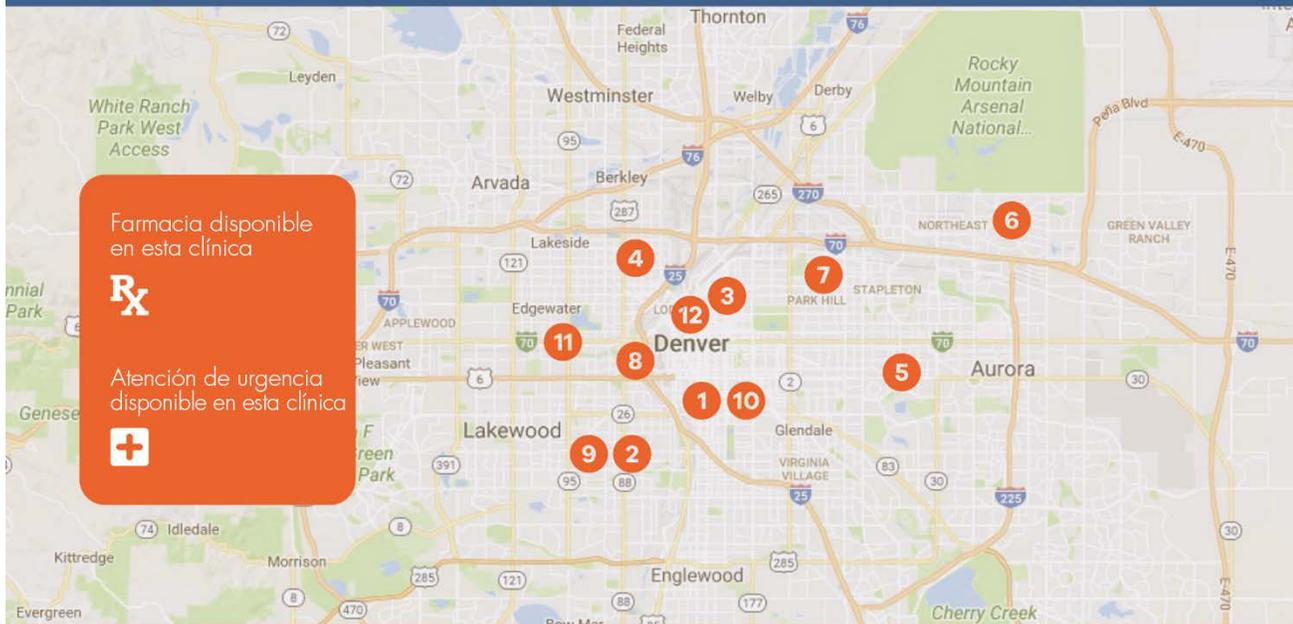
Paper Claims: Denver Health Medical Plan, Inc.
P.O. Box 6300 | Columbia, MD 21045 | EDI Payor ID #84133

Como miembro de DHMC, solo necesita su tarjeta de id. de Denver Health. Debe mantener segura su tarjeta de id. de Health First Colorado en algún lugar.



**DENVER
HEALTH™**
— est. 1860 —

UBICACIONES DE LA RED



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

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

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

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

5 Lowry Family
Health Center
1001 Yosemite St.
Rx

6 Montbello Family
Health Center
12600 Albrook Dr.
Rx

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

8 Sandos Westside Family
Health Center
1100 Federal Blvd.
Rx

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

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

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

12 Downtown
Urgent Care
1545 California St.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito **1-855-281-2418**.

Dónde puede recibir atención

A continuación, hay una lista de las clínicas de Denver Health donde puede recibir atención. Estas clínicas forman parte de la red de DHMC. Puede consultar a cualquier proveedor de la red de DHMC. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Algunos especialistas necesitan una remisión primero, consulte “Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista”. Comuníquese con el Centro de Citas llamando al 303-436-4949 si necesita programar una visita a una clínica. También puede ser atendido en una clínica de STRIDE.

>> CONSEJOS RÁPIDOS PARA RECIBIR ATENCIÓN EN DENVER HEALTH

Elevate Medicaid Choice es ahora su hogar médico y plan de salud. Un **plan de salud** es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan juntos para brindarle la atención médica que usted necesita. Puede elegir entre cualquier proveedor de la red Elevate Medicaid Choice. Una **red** es un grupo de proveedores contratados para brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan de salud. Puede elegir entre las clínicas en el campus principal de Denver Health, los centros de salud comunitarios o varios centros de salud con base en escuelas para recibir atención médica. Consulte la lista completa de las ubicaciones de la clínica aquí: <https://www.denverhealth.org/locations>. También puede ser atendido en STRIDE.

Clínicas de atención de urgencia

- 1) Adult Urgent Care Clinic (Clínica de Atención de Urgencia para Adultos) en el campus principal de Denver Health. 777 Bannock St., abierta de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., y los fines de semana, de 8 a.m. a 7 p.m. En días festivos, el horario de atención es reducido, y puede encontrarlo en <https://www.denverhealth.org/services/emergency-medicine/adult-urgent-care>.
- 2) Pediatrics Urgent Care Clinic (Clínica de Atención Pediátrica de Urgencia) en el campus principal de Denver Health. 777 Bannock St., abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- 3) Adult and Pediatric Urgent Care Clinic (Clínica de Atención de Urgencia Pediátrica y para Adultos) en Southwest Family Health Center. 1339 S. Federal Blvd. Abierta de lunes a viernes, de 9 a.m. a 8 p.m., y los fines de semana, de 9 a.m. a 4 p.m.; cerrada en días festivos.
- 4) Downtown Urgent Care (Clínica de Atención de Urgencia del Centro). 1545 California St., abierta de 7 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes, y de 9 a.m. a 4 p.m. los fines de semana.
- 5) La atención de urgencia virtual está disponible para todos los usuarios de Denver Health MyChart mayores de 18 años. Es fácil y práctico obtener la atención de urgencia que necesita de su hogar. Puede usar su teléfono inteligente, tableta o computadora. Obtenga más información aquí: [denverhealth.org/services/emergency-medicine/urgent-care/virtual-urgent-care](https://www.denverhealth.org/services/emergency-medicine/urgent-care/virtual-urgent-care) o comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más ayuda y detalles.

Sala de emergencias: si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para la atención médica cubierta por un problema de salud de emergencia. A continuación, se incluye una lista de los departamentos de emergencia de Denver Health:

- Sala de Emergencias para Niños (Pediatric Emergency Room). 777 Bannock St.
- Sala de Emergencias para Adultos (Adult Emergency Room). 777 Bannock St.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health, asesoramiento de salud gratuito, disponible por teléfono al 303-739-1261

Si tiene problemas para encontrar un proveedor de atención primaria, llame al **Centro de Citas** al **303-436-4949**. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Pacientes nuevos

Comuníquese con el **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para programar su primera cita.

También puede realizar una visita de atención primaria con STRIDE. STRIDE era conocido como Metro Community Provider Network. Ofrecen atención médica, de salud conductual y dental para los miembros. Para realizar una cita, comuníquese con el número principal 303-360-6267 o ingrese en línea a <https://stridechc.org/new-patients>.

Pacientes actuales

Una vez que haya sido atendido en su clínica de Denver Health, puede programar una cita en Denver Health en línea registrándose en MyChart en <https://mychart.denverhealth.org/mychart/>. MyChart le permite enviar mensajes a su médico, ver los resultados de las pruebas, renovar medicaciones y programar visitas. También puede llamar al **Centro de Citas** de Denver Health al **303-436-4949** para realizar futuras citas.

Si necesita cancelar su visita, asegúrese de llamar al Centro de Citas para informarles. De ser posible, llame por lo menos un día antes de la fecha de su visita para cancelar.

A todas sus visitas lleve con usted su tarjeta de id. de Elevate Medicaid Choice y una identificación con foto.

En la mayoría de los casos, usted necesita una remisión del PCP para ver a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que trabaja en un área de la medicina, como un cirujano. Usted no necesita una remisión de un PCP para ver a un especialista en optometría o a un obstetra o ginecólogo.

Llegue a su cita con 15 minutos de anticipación para que tenga tiempo de estacionar y registrarse en la clínica.

Todas las citas pueden hacerse mediante la línea del Centro de Citas de Denver Health. Esto incluye las citas de atención de salud para la mujer, atención primaria, atención especializada y atención oftalmológica. Si tiene problemas para programar su cita, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito **1-855-281-2418**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**, o al número gratuito **1-855-281-2418** o TTY 711. Su horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

¡Gracias por ser miembro de DHMC! ¡Esperamos ayudarlo a alcanzar sus objetivos de atención médica!

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 1) CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Cómo obtener información sobre los proveedores

Puede comunicarse con **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** si desea obtener más información acerca de los proveedores que lo atienden, como su título, formación y licencia que posean.

¿Qué es un PCP?

Su **proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)**, es un médico o enfermero profesional que lo ayuda a estar y mantenerse saludable. Su PCP trabaja con enfermeros, asistentes médicos y trabajadores sociales en la clínica o consultorio. Es posible que los vea cuando realice una visita. Su PCP es su contacto principal para toda su atención médica. Su PCP puede responder sus preguntas sobre la salud y ayudarlo a obtener la atención médica que necesita.

¿Por qué es importante su PCP?

Su PCP es el primer paso para recibir atención. Esto significa que su PCP es la persona a quien usted puede consultar primero acerca de toda su atención médica. Su PCP es la persona que:

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

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

Cómo elegir o cambiar su PCP de DHMC

Usted debe elegir a un PCP o un hogar médico de inmediato. Puede consultar el *Directorio de proveedores* de DHMC para obtener una lista de los proveedores y las clínicas de DHMC. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del *Directorio de proveedores* de DHMC u obténgalo en Internet en <https://www.denverhealth.org/provider-directory>. Debe elegir un proveedor que esté dentro de la red. Un proveedor **no participante** es un proveedor, centro o prestador que no acepta brindar servicios y productos de atención médica a los miembros del plan de salud.

Debe llamar al **Centro de Citas** al **303-436-4949** cuando sepa qué PCP o qué hogar médico de Denver Health desea consultar para su atención. Si no escoge un PCP o un hogar médico, DHMC le asignará la clínica familiar de Denver Health (DH) más cercana. Puede encontrar una lista de todas las clínicas de DH en *Dónde puede recibir atención*.

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

La red STRIDE también es una opción para realizar una visita de salud con el PCP. Si desea consultar a un PCP de la red STRIDE, programe una cita llamando al 303-360-6267. Puede solicitar una visita de salud en línea en: <https://stridechc.org/new-patients>.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

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

Necesita la aprobación de su PCP para consultar a algunos tipos de especialistas. Una aprobación o una remisión es lo que su PCP utiliza para solicitar la aprobación de DHMC para que usted consulte a determinados especialistas.

Se necesita una aprobación de la Gestión de la Utilización de Servicios antes de consultar a cualquier proveedor fuera de DHMC.

Usted no necesita una aprobación:

- Para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMC.
- Para consultar a un obstetra o ginecólogo de DHMC. Este es un proveedor que solamente trata a mujeres por motivos reproductivos para exámenes anuales.
- Para servicios de planificación familiar o proveedores de planificación familiar dentro o fuera de DHMC.
- Para atención de emergencia o urgencia dentro o fuera de DHMC.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: Puede autorremitirse a un proveedor de la red para recibir estos servicios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:
 - asesoramiento individual
 - asesoramiento familiar
 - asesoramiento grupal
 - servicios de gestión de casos
- Para servicios de emergencia de salud mental o de consumo de drogas y alcohol. Usted es responsable de garantizar que se notifique el servicio a DHMC.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información acerca de las aprobaciones.

Si cambian sus beneficios, su proveedor o sus servicios

DHMC le comunicará por escrito siempre que haya un cambio grande e importante en cualquiera de los siguientes puntos:

- sus derechos a cancelar la inscripción
- datos del proveedor
- sus derechos y protecciones
- procesos de queja, apelación o audiencia imparcial estatal
- beneficios para usted a través de DHMC
- beneficios para usted que no son a través de DHMC
- cómo obtener sus beneficios, incluidos los requisitos de aprobación previa y beneficios de planificación familiar
- servicios de atención de emergencia, urgencia y posteriores a la estabilización
- aprobaciones para atención especializada
- costos compartidos
- objeciones morales y religiosas

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

DHMC le informará acerca de estos cambios al menos 30 días antes de la fecha de inicio de estos cambios.

Inscripción y cancelación de inscripción:

Ser miembro de DHMC es su opción. Usted puede cancelar su inscripción de DHMC en los siguientes casos:

- Usted es un miembro nuevo de DHMC y ha estado inscrito en DHMC durante 90 días o menos.
- Usted se encuentra en el periodo de inscripción abierta. Consulte la sección Inscripción abierta.
- Usted pierde su periodo de inscripción abierta porque perdió su elegibilidad para recibir los beneficios Medicaid durante un período corto de tiempo.

Usted, o DHMC, también puede solicitar la cancelación de inscripción en cualquier momento por las siguientes razones:

- Se muda del área de cobertura de DHMC. La red es: Los condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver.
- DHMC no es capaz de brindarle servicios debido a cualquier objeción moral o religiosa.
- Usted necesita recibir dos o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no está disponible en la red de DHMC, y su proveedor le informa a DHMC que debe recibir los servicios al mismo tiempo.
- Se ha inscrito en DHMC por error.
- Usted considera, y Health First Colorado está de acuerdo, que está recibiendo una atención de mala calidad, que no tiene acceso a los servicios de DHMC o que no tiene acceso a los tipos de proveedores que necesita.
- Su PCP abandona la red de DHMC.
- Usted es un residente de atención médica institucional a largo plazo. Esto podría ser un centro de cuidados paliativos o un centro de enfermería especializada.
- Su plan de salud principal es un plan de Medicare que no es uno de los planes de Denver Health Medicare. Su plan de DHMC es su plan de salud secundario.
- Usted es menor de edad bajo la custodia del estado.
- Usted recibe atención comunitaria a largo plazo. Atención que recibe en su hogar o en su comunidad.
- Otras razones aprobadas por Health First Colorado.

DHMC puede pedirle que cancele la inscripción en el plan de DHMC. DHMC puede obtener permiso de Health First Colorado para cancelar su inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Ya no es residente permanente en el área de servicio de DHMC.
- Usted ha estado viviendo fuera del área de servicio de DHMC durante noventa o más días consecutivos.
- Lo internan en una institución debido a una enfermedad mental o adicción a las drogas.
- Lo alojan en una institución correccional.
- Usted posee cobertura de salud aparte de Health First Colorado, el Programa Medicaid de Colorado.
- Usted se encuentra en un plan de Medicare que no es un plan de DHMC.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Condición de elegibilidad para recibir los beneficios de bienestar del niño o recibir los beneficios de Medicare.
- Le da a DHMC datos incorrectos o incompletos sobre usted a propósito.
- Cualquier otra razón dada por DHMC y con la que Health First Colorado esté de acuerdo.

Su proveedor puede pedirle que cancele la inscripción por cualquiera de las siguientes razones:

- Usted sigue faltando a las visitas de atención médica que realiza para consultar a su proveedor.
- No respeta el plan de atención que acordaron usted y su proveedor.
- Usted no sigue las reglas de DHMC. Se enumeran como sus responsabilidades como miembro.
- Usted es perjudicial para sus proveedores, otro personal de DHMC u otros miembros de DHMC.

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

Si usted es perjudicial para su proveedor, otro personal de DHMC u otros miembros de DHMC, DHMC le dará una advertencia verbal y posiblemente cancelará su inscripción sin enviar una carta de advertencia.

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

Recién nacidos

Si tiene un bebé, no olvide agregarlo a su caso de Medicaid. Puede hacerlo por teléfono. Llame a la oficina local del condado o al Programa de Asistencia Médica de Colorado al 800-359-1991. Si agrega al bebé a su caso de Medicaid, tendrá su propia id. y cobertura de Medicaid.

Los bebés que nazcan de una madre con Elevate Medicaid Choice también deben ser asignados a Elevate Medicaid Choice después de que sean dados de alta del hospital y hayan obtenido su id. de Medicaid. Una vez que su bebé haya sido asignado a Elevate Medicaid Choice, tiene 90 días para recibir atención con un proveedor de Denver Health o para optar por no participar en la red de Elevate Medicaid Choice. Para obtener atención fuera de Denver Health, llame a Health First Colorado al 303-839-2120 para optar por no participar. Si no está seguro del límite de tiempo que tiene para optar por no participar, llame a Servicios del Plan de Salud y le ayudaremos a contar cuántos días tiene para optar por no participar.

Inscripción abierta

Tiene dos meses antes de su mes de cumpleaños para cambiar de plan. Puede cambiarse a un plan de salud diferente por cualquier motivo. Este plazo se conoce como periodo de inscripción abierta.

Durante este tiempo usted puede optar por permanecer en DHMC o elegir un plan de salud diferente.

¿Cuándo NO puede ser miembro de DHMC?

Usted no puede recibir servicios a través de DHMC cuando:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Usted pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado.
- Se muda de Colorado durante más de treinta días.
- Se une a otro plan de salud.
- Se muda a un condado fuera del área de servicio de DHMC. El área de servicio es los condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson.

Otro seguro de salud

Si usted tiene otro seguro de salud, o más adelante pasa a formar parte de otro plan de salud, debe comunicárselo a DHMC llamando a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**. Complete el formulario de coordinación de beneficios y envíelo al domicilio indicado en el formulario. Puede encontrar formularios en línea en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/coordination-benefits>. Su inscripción en un plan de salud que no sea DHMC puede dar lugar a la cancelación de inscripción en DHMC. La excepción para tener cobertura doble es Medicare.

Renovaciones: lo que debe saber

El proceso de renovación:

Verifica si aún cumple con los requisitos para Elevate Medicaid Choice (MCD).

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

Si su renovación es automática:

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

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

Si su renovación no es automática:

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

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

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

¿Cómo sabré cuándo vence mi renovación?

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

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

Formas de completar y enviar el paquete de renovación:

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

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

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

Para buscar un proveedor, siga estos pasos:

Visite el sitio web de Denver Health Medical Plan.

Navegue hasta la sección de miembros de Elevate Medicaid Choice (MCD).

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

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

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

Facturas médicas:

DHMC paga por todos sus beneficios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMC. Es posible que tenga que pagar por un servicio que reciba si DHMC no lo cubre. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si recibe una factura de un proveedor.

DHMC no tiene ningún copago por los servicios cubiertos. Un **copago** es un monto fijo que se paga cuando se obtiene un servicio de atención médica cubierto.

Protéjase a usted mismo y a Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) contra los fraudes en la facturación

La mayoría de las personas que trabajan con DHMC son honestas. Por desgracia, posiblemente algunas personas no lo sean. Tanto los miembros como los proveedores pueden cometer fraude. Cada año, Health First Colorado pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención médica sea más cara para todos.

Estos son ejemplos de fraude de miembros:

- utilizar la tarjeta de id. de otra persona o prestar su tarjeta de id. a alguien que no tiene derecho a utilizarla

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Proveer información falsa en una solicitud de inscripción para obtener cobertura. Estos son ejemplos de fraude de proveedores:

- facturar a DHMC por servicios que usted nunca recibió
- facturar a DHMC por equipos que no sean el equipo que le dieron

¡Usted también puede ayudar a combatir el fraude! Guarde los recibos que le den los proveedores cuando reciba servicios de atención médica. Use sus recibos de pago para controlar si hay errores. Esto incluye cualquier registro que liste los servicios que recibió o los pedidos de medicamentos que presentó. Además, proteja su tarjeta de id. de miembro. No permita que nadie tome prestada su tarjeta de id. de miembro ni comparta su información.

Si sospecha de fraude, comuníquelo a DHMP:

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

Por escrito: Denver Health Enterprise Compliance Services ATTN: DHMP Compliance 601 Broadway, Mail Code 7776 Denver, Colorado 80204.

Por correo electrónico: ComplianceDHMP@dhha.org

¿Cuándo deberá usted pagar por la atención que reciba?

- Si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos de América
- Si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto
- Si no sigue las reglas de la farmacia
- Si hay un fraude o el servicio va en contra de la ley

Cuando necesite ayuda para asegurarse de que un servicio o proveedor esté cubierto por DHMC, llame a Servicios del Plan de Salud.

¿Cuándo no debe pagar por la atención?

Si un proveedor no obtiene la aprobación de DHMC cuando recibe atención, no puede pedirle que pague por esta atención. Los proveedores no pueden hacerle pagar porque no recibieron el pago de DHMC por la atención que recibió.

Planes de incentivos para médicos:

DHMC no utiliza un plan de incentivos para médicos. Esto significa que DHMC no paga más dinero a los proveedores para que le presten menos servicios de atención médica ni paga menos dinero a los proveedores cuando le prestan más servicios de atención médica. Si desea obtener más información sobre esto, llame a Servicios del Plan de Salud.

Cuando alguien más le causa una lesión o enfermedad

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Una persona puede causarles lesiones o enfermedades. La parte que causó su lesión o enfermedad podría ser otro conductor, su empleador, una tienda o un restaurante. Si alguien más le causa una lesión o enfermedad, usted acepta lo siguiente:

- Health First Colorado administrado por Elevate Medicaid Choice puede cobrarle los beneficios pagados directamente de la parte responsable o a la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- Usted comunicará a DHMC, en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se lesionó o enfermó, si otra persona ha causado su lesión o enfermedad.
- Los nombres de la parte responsable y la compañía del plan de salud de la parte responsable.
- El nombre del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
- Usted o su abogado notificarán a la compañía del plan de salud de la parte responsable de que DHMC ha pagado, o está en el proceso de pagar, sus facturas médicas.
- La compañía del plan de salud debe comunicarse con DHMC para discutir el pago a DHMC.
- La compañía del plan de salud debe pagarle a DHMC antes de pagarle a usted o a su abogado.
- Ni usted ni su abogado deben llegar a un acuerdo con la compañía del plan de salud para que no se pague por completo a DHMC.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía del plan de salud hasta que DHMC haya recibido la totalidad del pago. Esto se aplica incluso si la referencia al dinero del plan de salud que se abonará se realiza en concepto de daños por dolor y sufrimiento, sueldos perdidos o cualquier otro daño.
- Si la compañía del plan de salud le paga a usted o a su abogado, y no a DHMC, usted o su abogado abonarán el dinero a DHMC hasta haber saldado la deuda por los beneficios pagados. DHMC no pagará a su abogado los honorarios de abogados ni los costos por cobrar el dinero del plan de salud.
- DHMC tendrá una retención automática sobre cualquier dinero del plan de salud que la compañía del plan de salud le deba a usted o que haya sido pagado a su abogado. DHMC podrá notificar a las otras partes acerca de la retención.
- DHMC puede otorgar a la compañía del plan de salud y a su abogado los registros de DHMC necesarios para el cobro. Si se le solicita, usted acepta firmar un permiso para proveer los registros de DHMC a la compañía del plan de salud y a su abogado. Si se le solicita, usted acepta firmar cualesquiera otros papeles que ayuden a DHMC a recibir su pago.
- Usted y su abogado brindarán a DHMC cualquier dato que se solicite sobre su factura de atención médica contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMC acerca de cualquier acuerdo o demanda contra la parte responsable y la compañía del plan de salud de esa parte.
- Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMC de cobrar los beneficios pagados por la compañía del plan de salud.
- Usted le deberá a DHMC cualquier dinero que DHMC sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted acepta abonar a DHMC los honorarios de abogados y costos que DHMC deba pagar para cobrar este dinero de usted. Si usted o su abogado no ayudan o interfieren con DHMC en la obtención de beneficios pagados, entonces DHMC puede comunicarse con el estado de Colorado y solicitar que se cancele la inscripción por causa de DHMC y que se lo asigne a Medicaid pago por servicio (Fee-for-Service).

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- DHMC no pagará ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por un tercero o por la compañía del plan de salud.
- Usted debe respetar las reglas de la otra compañía del plan de salud para que paguen sus facturas médicas. DHMC no pagará ninguna factura médica que la otra compañía del plan de salud no haya pagado debido a que usted no respetó sus reglas.

Si tiene preguntas, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Las **instrucciones anticipadas** son instrucciones escritas para las personas que lo atienden y les indican lo que deben hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Enumeran el tipo de atención que desea o no desea recibir si está tan enfermo o herido que no pueda hablar por sí mismo.

Las instrucciones solo se utilizan cuando una persona no puede expresar sus deseos. **No tiene que hacer una instrucción anticipada.** Usted no será tratado de manera diferente por parte de DHMC por tener o no instrucciones anticipadas.

Elaborar una instrucción “anticipada” ayuda a proteger sus derechos a recibir la atención que desea. Les dice a sus proveedores médicos qué tipo de atención usted desea o no recibir. Los formularios pueden ser fáciles de completar, pero los datos pueden ser confusos y deben ser pensados con mucho cuidado. Es importante que hable con familiares y con profesionales legales, de la salud u otros antes de firmar cualquier documento.

Estos son algunos tipos de formularios de instrucciones anticipadas:

- Testamento vital: Este formulario les dice a los proveedores médicos qué tipo de atención usted desea o no tener en situaciones potencialmente mortales.
- Poder notarial permanente para asuntos médicos (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA): Este formulario le permite elegir a alguien para que tome sus decisiones de salud si no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Cinco deseos: Este formulario le permite pensar en “cinco deseos” o áreas de atención, y tomar las mejores decisiones para usted.

Una vez que haya pensado en sus deseos, escríbalos en uno de los formularios en <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-forms-documents-links> y notifique a los demás. Asegúrese de obtener el formulario completo en su registro médico. Guarde copias en su casa y asegúrese de que aquellos que usted haya elegido también tengan una copia. Revise sus deseos de vez en cuando para recordarles a todos y mantener los formularios al día.

Si existe un motivo por el que su médico no pueda cumplir con sus deseos en la instrucción, se le informará por escrito. Denver Health también lo ayudará a encontrar un nuevo proveedor, de ser necesario, quien le dará la atención que usted desea tener. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud Pública y Medioambiente (Department of Public Health and Environment) de Colorado si considera que no se respeta la instrucción anticipada.

Colorado Department of Public Health and Environment
4300 Cherry Creek Drive South
Denver, CO 80246-1530

303-692-2000 o **1-800-866-7689**. Dentro del estado. Los usuarios de TTY deben llamar al **303-691-7700**.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, puede llamar a su proveedor de atención médica o a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**. También puede obtener más datos de su trabajador social, de las agencias de la comunidad o de profesionales del derecho.

Representante para tomar decisiones

Los adultos tienen derecho a tomar sus propias decisiones de salud. Si tiene una enfermedad, lesión o lesión potencialmente mortal y no puede tomar sus propias decisiones, los médicos y otros proveedores de salud revisarán si tiene una instrucción anticipada en su registro médico. De ser así, ellos seguirán los deseos que usted expresó en la instrucción médica anticipada.

Si no completó una instrucción anticipada, la ley de Colorado permite que un representante para tomar decisiones actúe en su nombre. Un representante es alguien que se designa para tomar decisiones sobre los servicios y la atención que usted recibe cuando no puede comunicarlas usted mismo a su médico. Un representante puede ser cualquier adulto competente que tenga una relación con usted como su cónyuge, un padre, un hijo adulto, un hermano o, incluso, un amigo cercano. Un representante para tomar decisiones puede tomar decisiones de salud por usted, pero solo si no puede tomarlas por su cuenta. Una vez que usted pueda comunicar sus deseos a los proveedores, ya no se necesita un representante.

Uso de un representante personal designado (Designated Personal Representative, DPR)

Usted puede designar a alguien para que esté a cargo de su atención médica. Este es un representante personal designado. Usted puede designar a un amigo, un familiar, un proveedor o a quien quiera para que sea su DPR. Un DPR velará por sus intereses cuando usted no pueda tomar decisiones de atención médica por usted mismo. Usted debe informar a DHMC por escrito si designa a un DPR. En la carta, se debe incluir el nombre, el domicilio y el número de teléfono del DPR para que DHMC sepa a quién llamar cuando sea necesario. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener una copia del formulario.

Privacidad

Su privacidad es muy importante. Denver Health crea un registro médico para usted como miembro del plan. Usted puede confiar en que sus registros médicos se mantengan en confidencialidad. Esto incluye información del miembro como la edad, la raza/el grupo étnico, el idioma y demás información personal de contacto. DHMC respetará sus instrucciones por escrito, procedimientos y leyes acerca de la privacidad de sus registros. La información del miembro y sus registros médicos solo se utilizarán para su atención y la calidad de su atención médica. No brindaremos este registro a nadie sin su permiso.

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

Formar parte del Comité Asesor del Miembro

El Comité Asesor del Miembro de DHMC es un grupo formado por personal, miembros y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMC que se reúnen regularmente a conversar sobre el plan de DHMC. Llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** si desea inscribirse.

Boletín para miembros de DHMC

Como miembro de DHMC, usted recibirá los boletines de DHMC durante el año. Todos los boletines contendrán información importante de DHMC. Los boletines le informarán acerca de cualquier cambio en el plan o sobre proveedores, próximos acontecimientos, consejos de salud y más.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 2) SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus derechos

Elevate Medicaid Choice brinda acceso a la atención médica para todos sus miembros. No discriminamos por motivos de religión, raza, nacionalidad, color, ascendencia, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni edad.

Brindamos atención a través de un equipo que incluye a su proveedor, a DHMC, a otro personal de atención médica y a usted, nuestro miembro. DHMC se dedica a trabajar en conjunto con usted y su proveedor. Como miembro de DHMC, usted tiene todos estos derechos:

- A recibir atención médica de acuerdo con los requisitos de acceso, cobertura y coordinación de servicios médicamente necesarios.
- A ser tratado con respeto y pensando en su valía y privacidad.
- A obtener datos de su proveedor acerca de todas las opciones de atención para su salud de manera que tenga sentido para usted.
- A participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho de negarse a recibirla.
- A recibir una segunda opinión, sin costo alguno para usted. DHMC programará una cita para obtener una segunda opinión con un proveedor fuera de la red si un proveedor de DHMC no puede hacerlo.
- A establecer instrucciones anticipadas.
- A obtener datos detallados sobre las instrucciones anticipadas de su proveedor y ser informado por adelantado si su proveedor no puede seguir sus instrucciones anticipadas debido a sus valores.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. Esto significa que los proveedores y el personal de DHMC no pueden retenerlo en contra de su voluntad para castigarlo, lograr que haga algo que desean o vengarse por algo que haya hecho.
- A recibir atención médica de proveedores en los límites de tiempo establecidos por los estándares de visitas de DHMC. Estos se encuentran en los estándares de citas de DHMC.
- A consultar proveedores que lo hagan sentir cómodo y que satisfagan sus necesidades culturales.
- A utilizar cualquier hospital o atención de urgencia para necesidades de atención de emergencia y urgencia. La atención de emergencia y urgencia no necesita aprobación previa ni remisión.
- A obtener servicios disponibles y accesibles según el contrato.
- A recibir atención médica fuera de la red de Denver Health si usted no puede recibirla en la red de Denver Health. DHMC debe aprobar primero la atención que no es de emergencia o urgencia.
- A recibir atención de planificación familiar de cualquier proveedor de planificación familiar, dentro o fuera de la red, sin la aprobación o remisión de DHMC.
- A solicitar una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o actualicen.
- A presentar una queja o una apelación, o solicitar una audiencia imparcial estatal.
- A unirse al Comité Asesor del Miembro de DHMC.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- A obtener todos los datos sobre los beneficios de DHMC. Esta información incluye servicios cubiertos; cómo recibir todo tipo de atención, como atención de emergencia; datos detallados sobre los proveedores y sus derechos a cancelar la inscripción.
- A hacer uso de sus derechos arriba mencionados, sin temor a ser maltratado por DHMC, los proveedores de la red o la agencia estatal.

Sus responsabilidades:

DHMC desea brindar a todos los miembros la mejor atención y una gran experiencia cada vez que acuden a Denver Health. Por eso esperamos que nuestros miembros, nuestro personal y nuestros proveedores se traten unos a otros con dignidad y respeto.

Como miembro de DHMC, usted también está a cargo de lo siguiente:

- Elegir un médico de atención primaria, un PCP o un hogar médico que se encuentre en la red de DHMC.
- Respetar todas las reglas que se definen en este *Manual para miembros*.
- Obtener una aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista. Consulte **“Cómo conseguir una aprobación o una remisión para consultar a un especialista”**.
- Respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMC.
- Llamar al Centro de Citas de Denver Health para cambiar su PCP.
- Pagar por cualquier atención médica que reciba sin la remisión de su PCP. Los servicios de atención de emergencia o urgencia, o los beneficios integrales no están incluidos en este documento.
- Pagar por todo servicio no cubierto por DHMC o Health First Colorado.
- Comunicar a DHMC sobre cualquier otro plan de salud que tenga que no sea Health First Colorado.
- Llamar al Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelarla.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 3) CÓMO RECIBIR ATENCIÓN

Atención de emergencia:

Una **emergencia** es cuando una enfermedad o lesión es muy grave. Es tan grave que su salud o la de su bebé por nacer, sus funciones corporales, los órganos corporales o las partes del cuerpo pueden estar en peligro. Obtenga atención médica de inmediato. Esto incluye el trabajo de parto y el parto.

Un servicio de emergencia es cualquier tipo de atención que reciba de un proveedor de la sala de emergencias que sea necesaria para un problema de salud de emergencia. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención médica cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia. El proveedor de emergencia puede hacer un control de salud para decidir si su problema es una emergencia. Vaya a una sala de emergencias si usted cree que al no recibir atención médica de inmediato podría ocurrir lo siguiente:

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

DHMC no negará su atención de emergencia si el proveedor no le informa a DHMC dentro de una cierta cantidad de días.

La atención médica de estabilización es la atención médica que recibe después de una emergencia para estabilizar su salud. DHMC cubrirá los costos de la atención médica para estos tipos de servicios. La atención médica de emergencias, urgencias y estabilización no necesitan una aprobación previa por parte de DHMC. Usted puede ver a un proveedor que no pertenezca a Denver Health para obtener atención médica de emergencia, urgencia o estabilización. Cualquier atención que reciba que no sea de emergencia o urgencia, estabilización o planificación familiar debe ser brindada por un proveedor de la red de DHMC.

Comuníquese con **NurseLine (Línea de Enfermería)** de **Denver Health** al **303-739-1261** si necesita atención médica fuera del horario habitual de atención después de que haya cerrado el consultorio de su proveedor. La enfermera puede ayudarlo a decidir si necesita consultar a un proveedor, acudir a una sala de emergencias o brindarle consejos de salud si no está seguro de qué hacer.

Atención de urgencia

A veces usted necesita atención de urgencia cuando necesita ser atendido rápidamente, pero no es una emergencia. La **atención de urgencia** es atención médica que se brinda rápidamente ante una enfermedad o lesión que la necesita. Si tiene necesidad de atención de urgencia, puede acudir al centro de atención de urgencias más cercano o llamar a:

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

No necesita la aprobación de DHMC para acudir al centro de atención de urgencia más cercano. Usted puede consultar a un proveedor de atención de urgencia incluso si su proveedor se encuentra fuera de la red de DHMC.

Denver Health cuenta con clínicas de atención de urgencias pediátricas y para adultos en el campus principal del hospital de Denver Health. 777 Bannock St. También hay una clínica de atención de urgencia en Southwest

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Family Health Center: 1339 S. Federal Blvd. y en Downtown Urgent Care (Clínica de Atención de Urgencia del Centro). 1545 California St. Los horarios de estas ubicaciones se pueden encontrar arriba.

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

Atención posterior a la estabilización

Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos que usted recibe después de una afección de salud de emergencia y después de que se estabiliza. Un proveedor puede brindarle atención posterior a la estabilización para mantenerlo estabilizado o para mejorar o resolver su problema de salud. DHMC pagará por su atención posterior a la estabilización si se encuentra en Denver Health. Si se encuentra en el hospital de Denver Health debido a una emergencia, su atención posterior a la estabilización debe ser aprobada previamente por DHMC. Una vez que esté estabilizado, usted o un familiar deben llamar a DHMC al número que figura en el reverso de su tarjeta de miembro para notificar a DHMC su internación en un hospital fuera de la red.

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

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

Si usted recibe servicios de atención posterior a la estabilización en un hospital que no sea Denver Health y estos no fueron preaprobados por DHMC, pero de todas formas DHMC paga por ellos debido a las razones antes mencionadas, DHMC pagará por los servicios hasta que suceda una de estas cosas:

- Que un proveedor de DHMC que también trabaje en un hospital que no sea Denver Health se haga responsable de su atención médica.
- Que el proveedor del hospital que no sea de Denver Health le comunique a DHMC que se encuentra lo suficientemente saludable como para ser derivado, por lo que se lo transfiere al hospital de Denver Health y un proveedor de DHMC se haga cargo de usted.
- DHMC y el proveedor del hospital que no es de Denver Health llegan a un acuerdo sobre cómo manejar su atención.
- El proveedor que no pertenece a Denver Health decide que se le puede dar el alta del hospital que no pertenece a Denver Health.

Cuando el proveedor del hospital que no es de Denver Health decida que usted se encuentra estable. Es decir, que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser transferido a Denver Health para recibir el resto de su atención. DHMC trabajará para traerlo de forma segura al hospital de Denver Health. Denver Health DHMC seguirá cubriendo su atención médica cuando sea transferido al hospital de Denver Health. Si

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

usted se niega a este traslado, tendrá que pagar por el resto de la atención que reciba en el hospital que no es de Denver Health. No se le cobrará más de lo que DHMC cobraría por la atención proporcionada por DHMC.

Atención preventiva y de rutina

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

Cómo programar una cita

Debe llamar al **Centro de Citas** al **303-436-4949**. Si usted necesita un intérprete o servicios de TTY cuando visita a su proveedor, comuníquese al agente del Centro de Citas al programar la suya.

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

Estándares para citas de DHMC

Tipo de atención	Normas para citas
Emergencia	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Urgencia	Dentro de las 24 horas posteriores a su llamada
Visitas de bienestar no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 30 días
Visitas de bienestar no urgentes y asintomáticas	Dentro de los 7 días
Visita de bienestar	Dentro de 1 mes* * A menos que se requiera una cita con anticipación para garantizar la realización de evaluaciones de detección en virtud del programa Bright Futures programadas por el departamento

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Farmacia

Si tiene un problema en la farmacia, llámenos antes de pagar el desembolso directo. Podemos verificar lo que está cubierto y lo que no lo está. Si tiene un problema de elegibilidad, llámenos. Podemos ayudarlo si tiene otro plan de salud y no sabe cuál es el primario. Los **medicamentos con receta** son medicamentos que su médico ordena para usted. Sirven para tratar o prevenir una afección o enfermedad. Usted debe traer su tarjeta de id. de DHMC con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMC pague por su receta. Su proveedor de Denver Health puede escribirle una receta. Puede obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias de Denver Health que se enumeran a continuación:

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

Primary Care Pharmacy (Webb)
301 W. 6th Ave.
Denver, CO 80204

Eastside Pharmacy
501 28th St.
Denver, CO 80205

Westside Pharmacy
1100 Federal Blvd.
Denver, CO 80204

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

Outpatient Medical Center
660 Bannock St.

Pavilion L Denver, CO 80204

La Casa Pharmacy
4545 Navajo St.
Denver, CO 80211

Lowry Pharmacy
1001 Yosemite St.
Denver, CO 80230

Montbello Pharmacy
12600 Albrook Dr.
Denver, CO 80239

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

También puede llevar sus recetas a cualquier otra farmacia que acepte el plan de salud de DHMC. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el plan de salud de DHMC, como King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Walmart y Walgreens. En Internet, puede visitar:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

<https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy> para ingresar al portal para miembros para registrarse con su id. de miembro y encontrar una farmacia cerca de usted.

Cuando usa las farmacias de Denver Health, puede pedir sus medicamentos con receta llamando a **la Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line) de Denver Health** al **303-436-4488** o visitando <https://mychart.denverhealth.org/MyChart/>. También puede usar la aplicación MyChart en su teléfono inteligente. Siempre debe solicitar sus renovaciones al menos cinco días hábiles antes de que se acabe su medicamento con receta. Si su proveedor le indica tomar sus medicamentos con receta de manera diferente a la especificada en las instrucciones del envase del medicamento, comuníquese a su farmacia. La farmacia puede necesitar tiempo extra para hablar con su proveedor a fin de obtener una nueva receta o un permiso para surtir su receta en forma anticipada. Para obtener más datos acerca de cómo renovar su receta, visite el sitio web de DHMC.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener sus medicamentos con receta fuera del horario habitual de su plan, llame al **Departamento de Atención al Cliente de MedImpact (MedImpact Help Desk)** al **1-800-788-2949**.

Es buena idea obtener sus medicamentos con receta en la misma farmacia. Si obtiene sus medicamentos con receta en Denver Health, sus proveedores podrán revisar sus registros médicos para obtener una lista de sus medicamentos. Si usted obtiene sus medicamentos con receta fuera de Denver Health, debe comunicarle a sus proveedores porque las farmacias fuera de Denver Health no actualizan los registros médicos de DHMC.

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

Si la farmacia le informa que su medicamento no está cubierto por DHMC, no pague de su bolsillo. Es mejor ponerse en contacto con el Centro de Llamadas de Farmacias de DHMC al 303-602-2070. DHMC no realiza pagos/reembolsos directamente a los miembros si paga las medicaciones de su bolsillo, aunque la farmacia pueda informarle esto.

Si su proveedor le da muestras de medicamentos para comenzar la atención, averigüe si la medicación está en la lista. Si usted toma las muestras de medicamentos antes de solicitarle a DHMC que pague el medicamento primero, no significa que DHMC pagará por ese medicamento que no está en la lista de medicamentos.

Algunos medicamentos no están cubiertos en absoluto. Estos son medicamentos para:

- Uso cosmético. Cosas como productos antiarrugas, para la remoción de vello y para el crecimiento del cabello.
- Suplementos dietéticos que no están en el *Formulario de medicamentos*. Cosas como vitaminas, hierbas medicinales, etc.
- Infertilidad para asistir a mujeres para quedar embarazadas.
- Pigmentación/despigmentación para cambiar el color de la piel.
- Desempeño/disfunción sexual. Medicamentos como Viagra, Cialis, Levitra, etc.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Dispositivos o aparatos terapéuticos que no están en el *Formulario de medicamentos*. Máquinas que se utilizan para la salud.
- Pérdida de peso.
- Atención en investigación o experimental.
- Medicamentos con receta no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para cualquier enfermedad.
- Vacunas de viaje recomendadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) solo para viajar fuera de los Estados Unidos. Las vacunas cubiertas se enumeran en los beneficios.

Es posible que algunos medicamentos no estén disponibles en todas las farmacias. Los medicamentos de venta libre que están en el *Formulario de medicamentos* solo se pueden obtener en farmacias de Denver Health.

Usted puede obtener un suministro para 90 días de medicaciones de mantenimiento. Las medicaciones de mantenimiento son aquellas que se usan para tratar una enfermedad crónica o un síntoma de una enfermedad crónica.

Necesitará pedirle a su proveedor que le emita una receta para un suministro para 90 días. La farmacia no puede darle un suministro para 90 días sin el permiso de su proveedor. La farmacia siempre puede darle menos de lo que solicitó el proveedor, pero nunca más. Si su proveedor emitió una receta para un suministro para 90 días, la farmacia igual puede darle un suministro para 30 días si usted lo solicita.

Farmacia por Correo

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

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

El Programa Retail by Mail de Denver Health no provee sustancias controladas ni medicaciones especializadas. Para renovar medicamentos con receta y recibirlos por correo, llame a la **Línea de Solicitud de Renovaciones (Refill Request Line)** de **Denver Health** al **303-436-4488**.

Puede usar su farmacia local para que le envíen por correo medicaciones de mantenimiento, siempre y cuando sea parte de la red de farmacias de DHMC. Consulte en su farmacia si ofrecen el servicio de envíos de medicamentos con receta por correo.

Para obtener información sobre sus beneficios de farmacia, visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-pharmacy>. En este sitio web, usted puede:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Hacer clic en el enlace [Formulary/Drug List](#) (*Formulario/Lista de medicamentos*) para ver la lista de medicamentos cubiertos. Este enlace también explica las restricciones del *Formulario de medicamentos*, los límites o cuotas, cómo su proveedor puede solicitar una aprobación previa o una excepción, y el proceso de su plan para realizar sustituciones de genéricos, intercambios terapéuticos y terapias escalonadas. Estos pasos en conjunto se denominan procedimientos de gestión farmacéutica.
- Acceder a [Pre-Approval Form/Exception Request Form](#) (Formulario de aprobación previa/Formulario de solicitud de excepción) para comenzar a solicitar una aprobación previa. Esto también se denomina solicitud de excepción.
- Hacer clic en el enlace al portal para miembros. Regístrese con su id. del miembro para iniciar sesión para hacer lo siguiente:
 - buscar en la lista para ver cuándo se cubre su medicamento
 - buscar una farmacia cercana a usted
 - buscar interacciones medicamentosas y efectos secundarios comunes de los medicamentos

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al **1-855-281-2418**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si está de viaje, solo tiene cobertura para atención de emergencia y urgencia.

Si tiene una emergencia o necesita atención de urgencia cuando se encuentre fuera de su casa, diríjase a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia más cercano.

DHMC se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención médica que necesite. Cuando esté lo suficientemente saludable, los otros proveedores del hospital le permitirán a DHMC llevarlo a Denver Health u otro hospital. Si se niega a ser transferido a Denver Health, es posible que tenga que pagar el resto de la atención que reciba en el otro hospital.

Si recibe atención por servicios que no sean de emergencia o urgencia, es posible que tenga que hacerse cargo del pago.

Usted no posee beneficios de atención médica fuera de EE. UU. Esto incluye Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes de EE. UU. o Samoa Americana.

Medicamentos con receta cuando se encuentre lejos de su hogar

Solicite una renovación temprana antes del traslado. Usted puede obtener medicamentos con receta en las principales cadenas de farmacias en todo Colorado que acepten el plan de salud de DHMC. Deberá tener su tarjeta de id. de DHMC consigo para mostrársela al farmacéutico. Los medicamentos con receta obtenidos fuera de Colorado solo se cubren en situaciones de urgencia o emergencia. Los medicamentos con receta solo se cubren fuera de Colorado para situaciones de urgencia o emergencia por un suministro máximo para 3 días.

>> 5) ATENCIÓN MÉDICA PARA LA MUJER

Consulta a un obstetra o ginecólogo

No necesita una aprobación ni una remisión para consultar a un obstetra o ginecólogo de DHMC para recibir atención durante el embarazo o atención femenina de rutina.

Si tiene más de tres meses de embarazo y es un nuevo miembro de DHMC, puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo, incluso si su obstetra o ginecólogo se encuentra fuera de la red de DHMC. Si se atiende con un proveedor fuera de la red, este deberá presentar una aprobación previa para la atención y debe comunicarse con Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Planificación familiar

Los servicios de planificación familiar pueden ayudar a las personas a elegir cuándo quedar embarazadas o convertirse en padres. Los servicios de planificación familiar incluyen diferentes tipos de control de la natalidad, como píldoras para el control de la natalidad o dispositivos intrauterinos, y visitas al consultorio para hablar sobre la planificación familiar y cómo tomar decisiones saludables sobre la reproducción. Puede elegir qué tipo de planificación familiar funciona mejor para usted.

Puede acudir a un proveedor de DHMC o a cualquier proveedor que acepte Health First Colorado para planificación familiar. No tiene que obtener una aprobación de DHMC primero. Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen: un ginecólogo u obstetra/ginecólogo, un enfermero obstetra certificado, una clínica de planificación familiar, un enfermero profesional o su médico habitual.

Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero

Las mujeres entre 18 y 64 años de edad deben hacerse pruebas de Papanicolaou una vez al año. DHMC cubre esto. La prueba de Papanicolaou puede ayudar a detectar un cáncer en su etapa temprana. Asegúrese de solicitarle esta prueba a su médico u obstetra o ginecólogo.

Pruebas de detección de cáncer de mama

Una mamografía es un examen que utilizan los médicos para diagnosticar cáncer de mama. DHMC cubre las mamografías. La mayoría de las mujeres comienzan a realizarse mamografías alrededor de los 40 años de edad y continúan con esta práctica hasta los 69 años de edad. Las mujeres que se encuentran en riesgo de contraer cáncer de mama pueden realizarse mamografías más tempranas o más seguidas que las demás. Es importante que le comunique a su proveedor acerca de sus antecedentes familiares respecto al cáncer de mama y cualquier inquietud que tenga. Consúltele a su médico acerca de cuándo debe someterse a su próxima evaluación de detección de cáncer de mama.

Atención durante el embarazo

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

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 6) ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Vacunas para niños y adolescentes

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

Edad	Vacunas
Desde el nacimiento hasta cumplir 1 año	<ul style="list-style-type: none">• Hepatitis B.• DTaP. Previene la difteria, el tétanos y la tos ferina.• Vacuna inactivada contra la poliomielitis (inactivated poliovirus vaccine, IPV): poliomielitis.• Hib. Haemophilus influenza tipo b.• Vacuna antineumocócica conjugada (pneumococcal conjugate vaccine, PCV): Neumocócica. Previene la neumonía.• Vacuna contra el rotavirus (rotavirus vaccine, RV): rotavirus. Virus estomacal.• Influenza, gripe estacional. A partir de los 6 meses de edad.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Edad	Vacunas
1 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Hepatitis A. ● Hepatitis B. ● Hib. ● Poliomielitis. ● Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (measles, mumps, rubella, SPR). Previene el sarampión, las paperas y la rubéola. ● Varicela. Previene la varicela si el niño no ha tenido varicela. ● DTaP. ● Neumocócica. ● Meningocócica. Previene la meningitis. ● Influenza. Cada 6 meses.
4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> ● DTaP. ● Poliomielitis. ● SPR. ● Varicela. Varicela. ● Influenza. Cada 6 meses.
11 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> ● Tdap. Previene el tétanos, la difteria y la tos ferina. ● Vacuna contra el virus del papiloma humano (Human Papillomavirus Vaccine, VPH). Previene las verrugas genitales. ● Meningocócica. Previene la meningitis. ● Influenza. Anual.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Edad	Vacunas
13 a 21 años	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las vacunas mencionadas que no se hayan aplicado deberán completarse. • Influenza. Anual.

EPSDT

EPSDT significa Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento. EPSDT es un beneficio de Health First Colorado que abarca servicios de prevención, diagnóstico y atención para personas de hasta 20 años de edad. Este programa tiene la finalidad de detectar problemas de salud de forma temprana. El objetivo del programa para los niños es que reciban la atención física, mental, auditiva, dental y visual que necesitan para su salud.

Su hijo puede recibir esta atención sin costo alguno para usted: Esto incluye:

- terapia del habla
- controles del niño sano
- vacunas
- terapia ocupacional o física
- servicios médicos a domicilio
- atención de trastornos por uso de sustancias
- anteojos y oftalmología
- audición
- atención dental

El Programa Futuro Brillante (Bright Future Schedule) de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) es una lista que indica la atención necesaria que requieren los menores y la frecuencia con la que deben recibirla.

Además, a los niños a los que no se les ha hecho la prueba de plomo se les debe realizar a los 12 y 24 meses, o entre los 36 y 72 meses.

Puede obtener esta atención a través de su PCP. Su PCP puede remitirlo a otros servicios especiales disponibles en Denver Health. Los servicios de detección de EPSDT no necesitan aprobación de DHMC. Los servicios de diagnóstico se proporcionan cuando los estudios de detección sugieren que es necesario realizar más evaluaciones o recibir más atención. Los servicios son médicamente necesarios, la práctica de salud menos costosa, eficaz y aceptable. Están cubiertos los servicios para tratar, corregir o prevenir enfermedades y afecciones que se encuentran en las evaluaciones de detección o pruebas de diagnóstico, y DHMC no pondrá límites en la cantidad de visitas permitidas para servicios de EPSDT. Cuando sea necesario, se puede cubrir la atención de mantenimiento.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Los miembros pueden autorremitirse a los siguientes servicios del programa EPSDT:

- controles del niño sano
- vacunas
- pruebas de la visión/anteojos
- pruebas de la audición

Los servicios de EPSDT que requieren una remisión del PCP o una aprobación previa son los siguientes:

- La terapia del habla necesita una remisión del PCP.
- La terapia física/terapia ocupacional necesita una remisión del PCP.
- La atención médica domiciliaria necesita la remisión y aprobación previa del PCP.
- La atención de trastornos por uso de sustancias necesita la remisión y aprobación previa del PCP.

Consideraciones o limitaciones especiales

Hay algunos servicios EPSDT que no están cubiertos para los miembros. Estos servicios se enumeran a continuación:

- atención y métodos experimentales
- atención o artículos que no son aceptados en la comunidad médica
- medicamentos de venta libre, a menos que sean necesarios para la atención y estén aprobados

Hay algunos servicios que conllevan consideraciones especiales. Dichas consideraciones son las siguientes:

- Los anteojos son un beneficio cuando son indicados por un oftalmólogo. Los beneficios relacionados con la vista son fijos para lentes plásticas transparentes simples o multifocales, y un marco estándar.
- Los lentes de contacto o la atención de la vista serán un beneficio cuando sea necesario.
- La ortodoncia es un beneficio para los niños con maloclusiones congénitas, mal desarrollo o malformaciones dentales adquiridas cuando se confirma mediante una revisión del caso. El dentista solicitará aprobación de la atención.
- La atención temprana del lenguaje para niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con pérdida auditiva puede ser brindado por audiólogos, fonoaudiólogos, logopedas y por médicos del Programa de Intervención en el Hogar (Colorado Home Intervention Program, CHIP) de Colorado. CHIP es un programa para ayudar a los niños que son sordos o tienen dificultad auditiva.

Algunos servicios de EPSDT no están cubiertos por DHMC. Estos siguen siendo un beneficio para usted a través de Health First Colorado. Este tipo de atención se llama beneficio integral. Consulte la sección Beneficios integrales de este manual para obtener más datos.

La mayoría de los servicios de EPSDT están disponibles en Denver Health. Su médico también puede remitirlo a los servicios externos a Denver Health. Si tiene preguntas acerca de los servicios de EPSDT, usted o su médico pueden comunicarse con **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2116**.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud al 303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Vacunas contra la gripe

Las vacunas contra la gripe y otras vacunas son un beneficio cubierto para los miembros de DHMC

Las vacunas contra la gripe son gratuitas para los miembros. El mejor momento para recibir una vacuna contra la gripe es en octubre o en noviembre. DHMC recomienda que las siguientes personas se vacunen contra la gripe:

- todos los niños en riesgo elevado
- niños con problemas de salud prolongados o con problemas en el sistema inmunitario; niños de 6 meses a 59 meses de edad, y niños mayores con hermanos menores de 6 meses de edad
- personas de 50 años de edad o más
- persona con problemas de salud como diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar y asma
- personas que se encuentran en cercanía de otras personas con problemas de salud, como asma y enfermedad cardíaca o pulmonar
- mujeres embarazadas que tengan más de tres meses de embarazo durante la temporada de gripe
- padres nuevos que tienen un bebé entre diciembre y mayo

Llame al Centro de Citas para programar una visita o para preguntar acerca de la vacunación gratuita contra la gripe.

Consulte la lista de vacunas recomendadas en la sección Vacunas para niños y adolescentes.

Servicios de intervención temprana

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 7) PROGRAMAS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA

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

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

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener más información. También puede hablar con su PCP si tiene necesidades especiales médicas.

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

Si usted es un miembro nuevo con necesidades especiales, puede seguir viendo a su proveedor fuera de DHMC durante sesenta días después de unirse a DHMC. Su proveedor fuera de DHMC debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 60 días.

Usted puede también mantener su proveedor de atención médica domiciliaria o de equipo médico durable (durable medical equipment, DME) durante setenta y cinco días después de unirse a DHMC. Su proveedor de DME debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 75 días.

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

Si usted tiene una afección de salud especial por la que es necesario que consulte a menudo a un especialista, usted podría ser elegible para obtener una remisión permanente. Esto significa que se le permitirá acceder a este especialista en cualquier momento, obtener la aprobación para cierta cantidad de visitas para consultar al especialista o usar a este médico como su PCP.

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene alguna pregunta acerca de las remisiones permanentes.

Gestión de casos

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

- Nuestro **Programa de Presión Arterial** se centra en mejorar el control de la presión arterial mediante la educación, el apoyo, el control y la coordinación de las citas.
- Nuestro **Programa de Diabetes** está diseñado para ayudar a la salud de los miembros con diabetes a través de la educación y el apoyo, un mejor compromiso con los médicos de atención médica, cambios en el estilo de vida y el comportamiento, acceso a servicios de salud mental y remisiones a programas de apoyo entre pares y otros apoyos comunitarios.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

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

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

Servicios de coordinación de atención

Los servicios de coordinación de atención se ofrecen a los miembros que deseen recibir apoyo para hacerse cargo de su atención médica, pero que no puedan participar en otro programa de gestión de la atención. Los servicios incluyen lo siguiente:

- apoyo para solicitudes/membresía
- apoyo de los recursos comunitarios
- manejo de enfermedades
- educación
- evaluación de las necesidades de salud
- gestión de la medicación
- coordinación de proveedores de atención médica
- ayuda para obtener traslados a las visitas de proveedor

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- recordatorios de citas
- apoyo con la seguridad alimentaria

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

Gestión de la Utilización de Servicios

La Gestión de la Utilización de Servicios revisa las solicitudes de atención. La aprobación previa es obtener aprobación para los servicios antes de usarlos. Se requieren solicitudes para el pago de servicios y atención que no están disponibles en Denver Health o que están sujetos a limitaciones en el beneficio.

Algunos ejemplos de servicios que requieren aprobación previa incluyen servicios médicos a domicilio, equipo médico durable y atención en todos los establecimientos que no son de Denver Health. Consulte la sección “Sus beneficios de DHMC” que se encuentra en este manual para obtener más información acerca de los servicios cubiertos que requieren aprobación previa por parte de DHMC. Si es necesario, su proveedor trabajará con el personal de la Gestión de la Utilización de Servicios para obtener una aprobación previa.

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

Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si tiene dudas con respecto a un servicio, una atención o una decisión específica. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión que la Gestión de la Utilización de Servicios tome con respecto a su atención médica. Consulte la sección “¿Qué es una apelación?” de este manual para obtener más información.

Puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud si desea obtener una copia gratuita de los documentos que DHMC utiliza al tomar decisiones de autorizaciones o cómo garantizamos que usted reciba atención médica de calidad.

Medicamento necesario

DHMC decide qué servicios se cubrirán basándose en las normas nacionales. En este manual, puede ver el término medicamento necesario o necesario para la atención. Estas palabras se utilizan cuando se habla de los beneficios y servicios que se cubrirán en este plan. Los servicios **medicamento necesarios** incluyen cualquier programa, producto o servicio cubierto que se ofrezca en el entorno más adecuado conforme a la afección del miembro y que no cueste más que otras opciones de atención igualmente eficaces.

Incluyen servicios que prevendrán, diagnosticarán, curarán, corregirán o mejorarán lo siguiente, o se espera razonablemente que lo hagan, y se brindan de manera coherente con los estándares aceptados de la práctica médica como los siguientes:

- o Dolor y sufrimiento.
- o Efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo a causa de una enfermedad, lesión o discapacidad.
- o Estos servicios también pueden incluir atención que consista solamente en observación.
- o Los servicios médicamente necesarios no incluyen lo siguiente:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- o atención que no ha sido probada o que aún está siendo probada
- o servicios o artículos que no son generalmente aceptados como eficaces
- o servicios fuera del curso normal y duración de la atención
- o servicios que no tienen pautas clínicas
- o servicios para la conveniencia del miembro, del cuidador o del proveedor
- o Para obtener información sobre las normas de EPSDT, consulte la sección 8.280.4.E. del Código de Reglamentaciones de Colorado (Code of Colorado Regulations, CCR) 10 2505-10.

Esto significa que DHMC solo brindará la atención que sea necesaria para encontrar, tratar o llevar un registro de una afección en el lugar más adecuado, por la persona más adecuada. Por ejemplo, si un miembro tiene un evento social, una visita urgente fuera de la red para tratar el acné no sería médicamente necesaria.

Si un servicio no es médicamente necesario, DHMC no lo pagará. Se le enviará a usted y a su proveedor una carta de denegación de autorización.

Pautas clínicas

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

Para ver más información sobre las pautas de práctica clínica, visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/quality-improvement-program>. También puede solicitar una copia de estas pautas sin costo alguno para usted llamando a Servicios del Plan de Salud.

>> 8) SUS BENEFICIOS DE DHMC

Esta es una lista de los beneficios de Health First Colorado con DHMC. Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP pueden trabajar con DHMC para que lo cubra.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Aborto	Cubierto <u>solamente</u> en estos acontecimientos: <ul style="list-style-type: none"> • cuando el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto • en el caso de que una mujer sufra un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una afección física que ponga en peligro la vida, causada por el embarazo en sí o que surja de él, que pone a la mujer en peligro de muerte a menos que se realice un aborto 	Carta escrita del médico certificando el peligro para la vida de la madre, si corresponde
Servicios de ambulancia	Cubiertos en casos de emergencia	
Nacimiento de un bebé en el hospital	Cubierto en su totalidad	
Atención dental para adultos con una afección de salud existente empeorada por una afección bucal	Las afecciones de salud existentes permitidas incluyen las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • enfermedad que requiera quimioterapia o radiación • trasplantes de órganos • embarazo • una afección de salud empeorada por una afección bucal Se puede brindar atención de emergencia si fuera hospitalizado y no hubiera atención médica inmediata disponible.	Este es un beneficio integral. Consulte la sección de beneficios integrales de este manual para obtener más información.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
<p>Equipos e insumos médicos durables: equipo médico reutilizable utilizado cuando hay una necesidad médica de atención o terapia para una enfermedad o afección física. Los ejemplos incluyen oxígeno, sillas de ruedas, andadores y algunos equipos de seguridad para el baño o el dormitorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas • Muletas • Otros insumos 	<p>Equipo provisto por un proveedor contratado. Se necesita la aprobación de DHMC. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud para obtener detalles.</p>
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>Cubiertos</p>	<p>En casos de emergencia no se necesita una aprobación previa por parte de DHMC. Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.</p>
<p>Beneficios de EPSDT</p>	<p>Consulte la sección EPSDT de este manual para ver una lista de los servicios cubiertos.</p>	<p>El niño debe tener 20 años de edad o menos para cumplir con los requisitos para recibir los servicios de EPSDT.</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre planificación familiar, atención y seguimiento • Píldoras para el control de la natalidad • Colocación y remoción de dispositivos anticonceptivos aprobados • Medición para colocar diafragmas • Esterilización quirúrgica masculina/femenina 	<p>Para la esterilización usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener al menos 21 años de edad. • Ser mentalmente competente. Nunca haber sido declarado mentalmente incompetente por un tribunal federal, estatal o local. • Dar su consentimiento informado. Esto se hace completando el formulario que su proveedor le proporcionará 30 días antes de su procedimiento de esterilización. <p>* Existen excepciones para esto. Consulte a su proveedor o comuníquese con Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2116 para obtener detalles.</p>

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

<p>Atención de afirmación de género</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen salud conductual, terapia hormonal y procedimientos quirúrgicos. Los siguientes requisitos se aplican a toda la atención de afirmación de género cubierta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El miembro tiene un diagnóstico clínico de disforia de género. ✓ El servicio solicitado es médicamente necesario. ✓ Cualquier afección de salud física y conductual coexistente no interfiere con la claridad diagnóstica o la capacidad de consentimiento. Se han discutido los riesgos y beneficios asociados. ✓ El miembro dio su consentimiento informado para el servicio. ✓ Sujeto a las excepciones en los Estatutos Revisados de Colorado (Colorado Revised Statutes, C.R.S.) § 13-22-103, si el miembro es menor de 18 años, los padres o tutores legales del miembro dieron su consentimiento informado para el servicio. <p>Terapia hormonal Terapia con hormona liberadora de gonadotropinas (Gonadotropin-Releasing Hormone Therapy, GnRH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente. ✓ Cumple con los criterios de farmacia correspondientes a la sección 8.800. ✓ Ha alcanzado el estadio 2 de Tanner. 	
--	---	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

	<p>Terapia hormonal de afirmación de género</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente. ✓ Cumple con los criterios de farmacia aplicables en la sección 8.800. ✓ Se le informó sobre los posibles efectos reproductivos de la terapia hormonal, incluida la posible pérdida de fertilidad y las opciones disponibles para preservar la fertilidad. ✓ Ha alcanzado el estadio 2 de Tanner. ✓ Si es menor de 18 años, demuestra la madurez emocional y cognitiva necesaria para comprender las posibles repercusiones de la atención. <p>Otros requisitos de terapia hormonal para afirmación de género incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de comenzar la terapia hormonal para afirmación de género, un profesional de atención médica con licencia que tenga competencias en la evaluación de personas transgénero y de género diverso debe determinar que se han evaluado las afecciones de salud conductual que podrían afectar negativamente el resultado de la atención, y que se han discutido los riesgos y beneficios con el miembro. 	
--	--	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante los primeros doce meses de la terapia hormonal para afirmación de género, el miembro debe recibir evaluaciones médicas con la frecuencia que el proveedor que emite la receta determine como clínicamente adecuada. <p>Procedimientos quirúrgicos La cirugía de afirmación de género se refiere a una cirugía para cambiar las características sexuales primarias o secundarias con el fin de afirmar la identidad de género de una persona. Esto también se conoce como cirugía de confirmación de género o cirugía de reasignación de género.</p> <p>Los procedimientos quirúrgicos cubiertos son beneficios para un miembro que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumple con los criterios de elegibilidad del miembro mencionados anteriormente. ✓ Tiene 18 años de edad o más. ✓ Ha completado seis meses continuos de terapia hormonal, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona. <ul style="list-style-type: none"> ○ Este requisito no se aplica a las cirugías de mastectomía. ○ Se requieren doce meses continuos de terapia hormonal para la mamoplastia, a 	
--	---	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

	<p>menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprende el efecto potencial de la cirugía de afirmación de género sobre la fertilidad. <p>El director de Gestión de la Utilización de Servicios de la Organización de Atención Gestionada (Managed Care Organization, MCO) revisará las solicitudes de cirugías de afirmación de género médicamente necesarias.</p> <p>Los siguientes son ejemplos de cirugías que pueden cubrirse cuando se cumplen los criterios anteriores. Esta lista no es exhaustiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirugías genitales ✓ Cirugías de senos/pecho ✓ Cirugías faciales y de cuello <p>Servicios no cubiertos</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos por el beneficio de atención de afirmación de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reversión de procedimientos quirúrgicos cubiertos ✓ Cualquier artículo o servicio excluido de la cobertura conforme a la sección 2505-10 8.011.1 del CCR 10 	
--	---	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

	<p>Procedimientos específicos de género</p> <p>Muchos procedimientos restringidos al sexo asignado al miembro al nacer seguirán siendo médicamente necesarios después de cambiar legalmente de sexo.</p> <p>Solicitudes de aprobación previa</p> <p>Para <i>todos los servicios cubiertos</i>, los requisitos generales para las solicitudes de aprobación previa incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El miembro tiene un diagnóstico clínico de disforia de género. ✓ El servicio solicitado es médicamente necesario. ✓ Cualquier afección de salud física y conductual coexistente no interfiere con la claridad diagnóstica o la capacidad de consentimiento, y se han discutido los riesgos y beneficios asociados. ✓ El miembro dio su consentimiento informado para el servicio. ✓ Sujeto a las excepciones de los C.R.S. § 13-22-103, cuando el miembro sea menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal ha dado su consentimiento informado para el servicio. <p>Para los <i>procedimientos quirúrgicos</i>, además de los requisitos generales anteriores, las solicitudes de aprobación previa deben aportar documentación que demuestre que el miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiene 18 años de edad o más. ✓ Ha completado seis meses continuos de terapia 	
--	---	--

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
	<p>hormonal, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Este requisito no se aplica a las cirugías de mastectomía. ○ Se requieren doce meses continuos de terapia hormonal para la mamoplastia, a menos que la terapia hormonal no esté clínicamente indicada o sea incompatible con los deseos, las metas o las expresiones de identidad de género de la persona. <p>• Recibe el efecto potencial de la cirugía de afirmación de género sobre la fertilidad.</p>	
<p>Servicios de atención médica a domicilio: servicios de enfermería especializada, servicios de auxiliar de enfermería certificado (certified nurse aide, CNA), terapia física, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla/lenguaje brindados en su hogar por una agencia de atención médica a domicilio con licencia y certificación</p>	<p>DHMC cubre los servicios médicos a domicilio durante los primeros 60 días consecutivos. Después de los 60 días, los servicios médicos a domicilio están cubiertos como un beneficio integral por Health First Colorado.</p>	<p>Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.</p>

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Servicios de hospital e internaciones como pacientes hospitalizados	La hospitalización debe ser en Denver Health Medical Center (Centro Médico de Denver Health).	Deben ser solicitados por un proveedor de DHMC. Cualquier procedimiento elegido o internación como paciente hospitalizado que no se realice en Denver Health debe ser aprobado por DHMC. DHMC aprobará la estadía de un paciente hospitalizado por una cantidad específica de días y revisará todos los casos en que se necesiten más días. Si DHMC entiende que se necesitan más días, se emitirá una aprobación. Es posible que usted tenga que pagar cualquier estadía de internación que no esté previamente aprobada por DHMC.
Vacunas para personas de 21 años y mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra el tétanos y la difteria (tetanus-diphtheria, TD). Detiene el tétanos y la difteria. Cada 10 años. • Influenza. Anual. • Neumocócica. Después de los 65 años. • Zóster. Detiene la culebrilla después de los 65 años. 	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Vacunas para personas menores de 21 años de edad	Todas las vacunas recomendadas.	Proporcionadas por un proveedor de DHMC
Atención por abuso de sustancias en pacientes hospitalizados	Consulte la siguiente sección sobre los servicios de salud conductual.	
Hogar para personas mayores	Este es un beneficio integral y se encuentra cubierto por Health First Colorado después de que se haya aprobado la certificación. Consulte la sección Beneficios integrales de este manual.	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Cirugía bucal para adultos	Limitada a tratar ciertas afecciones como: <ul style="list-style-type: none"> herida accidental en los huesos de la mandíbula o áreas circundantes solucionar un problema bucal, que causa un problema de uso como la atención de bultos en los maxilares, las mejillas, los labios, la lengua, el paladar o el piso de la boca 	Se requiere la remisión de un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Atención por abuso de sustancias de pacientes ambulatorios	Consulte la siguiente sección sobre los servicios de salud conductual.	
Medicaciones de venta libre	DHMC cubre algunas medicaciones de venta libre. Para que se cubra una medicación de venta libre, su proveedor de DHMC debe hacerle una receta y debe obtenerlo en una farmacia de Denver Health.	Se necesita aprobación previa solo para los medicamentos que no están en el <i>Formulario de medicamentos</i> .
Farmacia: cambiar de un medicamento genérico a uno de marca	Usted puede obtener un medicamento de marca cuando se ordene uno genérico.	Puede pedirle a la farmacia un medicamento de marca, incluso si su proveedor le ordenó uno genérico, pero usted tendrá que pagar una parte del costo del medicamento. DHMC solo pagará por el medicamento de marca si su proveedor completa un formulario de aprobación previa y le explica a DHMC por qué es necesario el medicamento de marca. Consulte la sección Farmacia de este manual.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Atención prenatal	Cubierta en su totalidad	Proporcionada por su obstetra o ginecólogo de DHMC si es nuevo en DHMC y tiene más de 3 meses de embarazo, puede continuar viendo a su proveedor que no es de DHMC hasta que nazca su bebé. Su proveedor deberá presentar una aprobación previa. Consulte la sección Atención médica para la mujer de este manual.
Medicamentos con receta	Los medicamentos con receta que se encuentran en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC están cubiertos. Los miembros no tienen que pagar ningún copago para obtener medicamentos con receta cubiertos por DHMC. Los miembros pueden acudir a cualquier farmacia de Denver Health o a cualquier otra farmacia que acepte el plan de salud de DHMC.	Algunos medicamentos con receta no se encuentran en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC. Su proveedor debe solicitar a DHMC que pague por un medicamento con receta si no se encuentra en el <i>Formulario de medicamentos</i> de DHMC. Consulte la sección Farmacia de este manual.
Atención primaria y preventiva	Cubiertos en su totalidad: exámenes físicos, evaluaciones médicas de detección, como mamografías, exámenes de próstata, vacunas contra la gripe, etc.	Ofrecida por su PCP de DHMC.
Atención especializada	Tipos especiales de atención cubierta por los proveedores participantes	Debe ser remitido por un PCP de DHMC. Debe ser brindada por un especialista de DHMC. Si no son ofrecidos por los proveedores de DHMC, se requiere aprobación.
Atención por abuso de sustancias	Limitada a la atención médica de los efectos del medicamento. Las medicaciones para tratar esto son un beneficio cubierto.	Debe ser remitido por un PCP de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Dejar de fumar	Incluye medicaciones con receta aprobados por la FDA y productos de venta libre para dejar de fumar. No incluye ningún servicio de asesoramiento grupal o individual. El asesoramiento individual o de grupo tanto como los medicamentos con receta aprobados por la FDA, y los productos OTC relacionados con dejar de fumar están disponibles para mujeres embarazadas como un beneficio integral.	Las medicaciones relacionadas con dejar de fumar se brindan a través de una receta de su PCP. Los servicios provistos a mujeres embarazadas son un beneficio integral.
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y dispositivos de rehabilitación: terapias y dispositivos físicos, ocupacionales y del habla que usted necesita por un breve periodo para ayudarlo a recuperarse de una lesión, enfermedad o cirugía grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia del habla • Terapia ocupacional • Terapia física • Rehabilitación cardíaca 	Debe contar con una remisión de un PCP de DHMC. Toda terapia realizada fuera de DHMC necesita aprobación.
Terapia de la visión	Ejercicios oculares	Se necesita la remisión de un proveedor para adultos y niños.
Oftalmología: anteojos	Las gafas se cubren solo después de una cirugía ocular. Las gafas incluyen una o dos lentes monofocales o multifocales de plástico o policarbonato transparente con un marco.	Debe haberse sometido a una cirugía ocular. Usted paga la diferencia entre las gafas aprobadas y las más costosas.
Oftalmología para adultos de 21 años o más	Controles periódicos y seguimientos médicamente necesarios. Los exámenes se cubren una vez al año con un proveedor.	No se necesita la aprobación de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic (Clínica Oftalmológica de Denver Health) y otros proveedores de servicios para la visión del <i>Directorio de proveedores</i> de DHMC.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Oftalmología para niños de 0 a 20 años de edad	Se cubren los controles de rutina y los anteojos. Los lentes de contacto o los servicios de atención terapéutica para la visión serán un beneficio cuando sean necesarios para la atención, y se requiere que un oftalmólogo envíe la aprobación.	No se necesita la aprobación de un proveedor para recibir los servicios de Denver Health Eye Clinic (Clínica Oftalmológica de Denver Health) y otros proveedores de servicios para la visión del <i>Directorio de proveedores</i> de DHMC.

Beneficios	Hay algunos artículos que DHMC no cubre, como los siguientes:
Servicios no cubiertos	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Procedimientos quirúrgicos ambulatorios no incluidos en la lista aprobada por el estado • Procedimientos quiroprácticos • Cirugía plástica • Cuidado de custodia en un hogar para personas mayores • Programas de ejercicios • Servicios o productos farmacéuticos experimentales • Atención holística u homeopática • Hipnosis • Vacunas relacionadas con los viajes al extranjero • servicios para tratar la infertilidad • Artículos personales como membresías en clubes de salud o pasta dental en un hogar para personas mayores • Exámenes físicos para empleo, escuela, campamento, deportes o licencias • Rehabilitación en el trabajo

Si tiene preguntas sobre un servicio incluido o excluido, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116**.

Beneficios adicionales ofrecidos por Health First Colorado administrado por Elevate Medicaid Choice

Atención médica

- SIN COSTO ni copagos para visitas al consultorio y pruebas de diagnóstico. SIN COSTO ni copagos para la atención de emergencia/urgencia dentro o fuera de la red para niños y adultos de DHMC.
- SIN COSTO para el transporte médico en casos que no sean una emergencia. Estos son traslados desde y hacia las visitas a las clínicas. Consulte la sección “Transporte” de este manual para obtener más información.

Farmacia

- SIN COPAGOS para los medicamentos con receta cubiertos en la lista de DHMC.
- SIN COSTO para ciertos medicamentos de venta libre cuando un proveedor de Denver Health le emite la receta para el medicamento OTC y se obtiene en una farmacia de Denver Health.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Suministros para 90 días de varios medicamentos que toma todos los días, SIN COSTO para usted. Consulte la lista de DHMC para obtener detalles.

>> 9) SERVICIOS ADICIONALES

Servicios de salud conductual

- DHMC se asocia con Colorado Access para brindar beneficios completos de atención médica a los miembros. DHMC se encarga de la salud física. Colorado Access se ocupa de la salud conductual.
- Ambas, la atención de la salud física y la atención conductual, son importantes. Necesita las dos para estar sano. Colorado Access puede ayudarlo con cosas como la salud mental o la atención por consumo de sustancias.
- Elevate Medicaid Choice se encarga de la atención médica de la salud física. Pueden ayudarlo con cosas como dónde vacunarse contra la gripe o hacerse un control anual.

Llame al 800-511-5010 para hablar con un coordinador de atención de Colorado Access para la salud conductual. Están disponibles de 8 a 5, de lunes a viernes. También puede encontrar su *Directorio de proveedores* en Internet en coadirectory.info/search-member.

A continuación, se enumeran los beneficios de atención básicos de salud mental y uso de sustancias.

Los beneficios con un asterisco * pueden necesitar aprobación previa.

- alcohol y drogas: Asesoramiento para evaluación de detección, asesoramiento grupal por parte de un proveedor, gestión de casos específicos*
- evaluación de salud conductual*
- emergencia y servicios para crisis
- servicios de hospitalización psiquiátrica para un diagnóstico de salud mental*
- atención asistida por medicaciones*
- atención ambulatorio diurno, no residencial*
- gestión farmacológica de la medicación del paciente*
- psicoterapia: Familiar, grupal o individual*
- servicios de salud mental basados en escuelas*
- desintoxicación social ambulatoria*

Si tiene una crisis de salud mental o abuso de sustancias, o usted o alguien que conoce está pensando en el suicidio, y no puede comunicarse con su proveedor, llame a Servicios de Crisis de Colorado al 844-493-TALK o al 844-493-8255. Servicio estatal de retransmisión (State Relay), 711. O bien envíe el texto TALK (HABLAR) al 38255*. Puede llamar o enviar un mensaje de texto las 24 horas del día, todos los días del año.

- Cómo presentar una queja sobre el acceso a la atención médica de la salud conductual:
Su plan de salud está sujeto a la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad de Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) de 2008. Esto significa que sus beneficios de salud conductual cubiertos no pueden ser más difíciles de usar que los beneficios de salud física. Una denegación, restricción o retención de los servicios de salud conductual podría ser una violación de la ley de paridad. Presente una queja ante la Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado si tiene una inquietud sobre la paridad.
- Oficina de Salud Conductual del Defensor del Pueblo (Behavioral Health Ombudsman Office) de Colorado:
 - Llame al 303-866-2789.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Correo electrónico: ombuds@bhoco.org.
- En línea: bhoco.org.
- Un agente de la Oficina del Defensor del Pueblo (Ombudsman Office) lo llamará o le responderá. También puede pedirle a su proveedor de salud conductual o tutor/agente legal que presente una queja por usted.

Transporte

El transporte médico en casos que no sean una emergencia (Non-emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio para todos nuestros miembros de DHMC. Usted puede hacer uso del NEMT gratuitamente cuando necesite que lo lleven a sus visitas de atención médica.

Intelliride puede necesitar una aprobación previa antes de poder programar un traslado. Comuníquese con Intelliride para saber si su traslado necesita aprobación previa. Intelliride es un beneficio para todo aquel que tenga Health First Colorado.

Para programar un traslado a su próxima cita de atención médica, llame **Intelliride** al **1-855-489-4999**. Llame 48 horas antes de su visita.

NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health

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

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

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

Llame a **NurseLine (Línea de Enfermería) de Denver Health** al **303-739-1261** después de que se cierre el consultorio de su PCP o cuando necesite respuestas a sus preguntas sobre la salud.

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

Beneficios integrales

Algunos servicios de atención no están cubiertos por DHMC, pero siguen siendo un beneficio para usted a través de Health First Colorado. Este tipo de atención médica se llama beneficio integral. Usted puede ser un miembro de DHMC y aun así recibir beneficios integrales. Los beneficios integrales incluyen lo siguiente:

- Audífonos, entrenamiento, pruebas y evaluación para niños.
- Atención dental para niños de 0 a 21 años.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Atención dental para adultos. Procedimientos de diagnóstico, procedimientos preventivos, procedimientos de restauración, atención periodontal, atención de endodoncia y cirugía oral.
- Servicios médicos a domicilio adicionales de EPSDT. Consulte la sección EPSDT de este manual para obtener más información sobre estos y otros servicios de EPSDT.
- Algunos servicios comunitarios y domiciliarios (Home and Community-Based Services, HCBS).
- Cuidados paliativos: Atención que se centra en la comodidad y el apoyo para personas que se encuentran en la etapa final de la vida. Aún puede recibir toda su otra atención que no sea de cuidados paliativos con DHMC, pero también puede cancelar la inscripción en DHMC. Puede llamar a **Health First Colorado Enrollment** al **303-839-2120** o al número gratuito **1-888-367-6557**.
- Health First Colorado cubre la atención médica a domicilio después de los 60 días. DHMC cubre los primeros 60 días.
- Algunas estadías de rehabilitación de pacientes hospitalizados por abuso de sustancias.
- Trasplantes intestinales.
- Transporte médico en casos que no son de emergencia. Consulte la sección “Transporte” de este manual para obtener más información.
- Terapias conductuales pediátricas.
- Servicios de enfermería especializada: Servicios de atención médica que usted necesita, que solo pueden ser proporcionados o supervisados por un enfermero diplomado u otro profesional con licencia. El médico debe solicitar los servicios de enfermería especializada. Los servicios pueden ser para mejorar o mantener la salud actual, o para evitar que la salud empeore.
- Algunos servicios en el centro de enfermería especializada.
- Dejar de fumar: Los servicios de asesoramiento individual o en grupo y todas las medicaciones con receta y productos de venta libre aprobados por la FDA relacionados con dejar de fumar son una opción para las mujeres embarazadas.

Si necesita la atención que figura arriba, comuníquese con **Health First Colorado Enrollment** al **1-800-221-3943**. Un agente/representante de Health First Colorado Enrollment lo ayudará a recibir sus beneficios integrales. Si desea más información sobre esto, visite <https://www.healthfirstcolorado.com>. También puede encontrar el *Manual para miembros* de Health First Colorado allí.

>> 10) CALIDAD

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

- Preguntamos a nuestros miembros y proveedores sobre si están a gusto con los servicios de DHMC.
- Atendemos las inquietudes y quejas de los miembros y los proveedores para mejorar los servicios de DHMC.
- Recordamos a los miembros los servicios que los ayudarán a mantenerse saludables.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- Vemos cómo recibe atención médica para ver si hay diferencias por raza, grupo étnico o idioma.

Para consultar el programa de calidad de DHMC, visite <https://www.denverhealthmedicalplan.org/medicaid-choice-chp-quality-improvement-program-description>. Llame a Servicios del Plan de Salud si tiene comentarios o inquietudes sobre nuestro Programa de Calidad. Si tiene una inquietud respecto a una cuestión de ética, comuníquese con Values Line llamando al 1-800-273-8452. Esta es una línea privada y no tiene que dar su nombre.

>> 11) QUEJAS

¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está satisfecho con algo que DHMC hace. Por ejemplo, usted podría no estar satisfecho con lo siguiente:

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

Puede presentar una queja en cualquier momento cuando no esté satisfecho. Puede enviar una carta o hacernos saber por teléfono.

Qué hacer si tiene una queja

Si presenta una queja, usted o su representante personal designado (DPR) pueden comunicarse con **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** al **303-602-2261**. Usted o su DPR también pueden escribir a Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals). Asegúrese de agregar su nombre y número de id. de Medicaid (una letra y 6 números) que se encuentran en su tarjeta. También incluya el domicilio y el número de teléfono en su carta si escribe a Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals) de DHMC. También puede completar el formulario de quejas y apelaciones que se encuentra en el final de este manual y enviarlo. El portal para miembros tiene un formulario que puede completar en línea.

Envíe su queja por escrito al siguiente domicilio

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn. Complaints and Appeals Department
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204-4507

No perderá sus beneficios de Health First Colorado Enrollment por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

Después de presentar una queja

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

DHMC estudiará los hechos de su queja y decidirá cómo manejarla. Los miembros del personal de DHMC que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Si presenta una queja porque siente que recibió una atención médica deficiente o porque DHMC rechazó su solicitud de apelación acelerada, consulte la sección llamada “¿Qué es una apelación?” Un miembro del personal de DHMC con la capacitación médica adecuada estudiará su queja.

DHMC tomará una decisión sobre su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero a más tardar quince días hábiles a partir del día en que presente su queja. El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC sobre su queja y la fecha en que DHMC tomó esa decisión.

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

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

Si necesita ayuda para presentar una queja

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** al **303-602-2261**. Podemos ayudarlo a tomar cualquiera de los pasos para presentar una queja. También podemos ayudarlo a completar cualquier formulario relacionado con su queja. Los servicios de TTY y el uso de un traductor son opciones si los necesita.

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja

Si aún no está satisfecho con el modo en que DHMP maneja su queja, puede presentar su queja al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing). La decisión del Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (Department of Health Care Policy & Financing) es definitiva. Puede llamar al **1-800-221-3943**, sin cargo, o puede escribir al siguiente domicilio:

Department of Health Care Policy & Financing
Attn. DHMC Medicaid Choice Contract Manager
1570 Grant St.
Denver, CO 80203-1714

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

>> 12) APELACIONES

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

Es una carta que DHMC le envía a usted en caso de que DHMC realice alguna determinación adversa de beneficios respecto de cualquier parte de la atención de DHMC. Una determinación adversa de beneficios es:

- cuando DHMC deniega o limita un tipo o nivel de atención que usted solicita
- cuando DHMC reduce, suspende o deja de autorizar la atención que recibe
- cuando DHMC niega el pago total o parcial de su atención
- cuando DHMC no le brinda atención de manera oportuna
- cuando DHMC no resuelve su apelación o queja dentro de los plazos requeridos
- la negación de su solicitud de disputar el costo de la atención médica

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

- la determinación adversa de beneficios que DHMC planea llevar a cabo
- la razón de la determinación adversa de beneficios
- su derecho a apelar esta determinación adversa de beneficios
- la fecha límite que usted tiene para apelar
- su derecho a pedir una audiencia imparcial estatal
- cómo pedir una audiencia imparcial estatal
- cuándo usted puede pedir que se acelere el proceso de apelación
- cómo seguir recibiendo los servicios mientras se decide la apelación o audiencia imparcial estatal
- cuándo podría tener que pagar por los servicios que recibió mientras pendía una decisión final
- una explicación de que tiene derecho a que se le facilite, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable a los documentos y las copias de todos los documentos, registros y demás datos relevantes para su determinación adversa de beneficios

Aviso de determinación adversa de beneficios

DHMC debe comunicarle acerca de una determinación adversa de beneficios antes de que esta suceda. Si DHMC planea dejar de pagar o reducir cualquier servicio que reciba, debemos enviarle una carta de aviso de determinación adversa de beneficios diez días calendario antes de la fecha en que deja de pagar o reduce los servicios.

DHMC puede acortar el plazo a cinco días calendario si:

- Hay un fraude.

DHMP debe notificarlo antes de la fecha de la determinación adversa de beneficios si:

- El miembro ha fallecido.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

- El miembro está institucionalizado y no es elegible para los servicios de asistencia médica.
- Se desconoce el paradero del miembro y no hay un nuevo domicilio.
- El miembro se ha mudado fuera del estado o fuera del área de servicio.
- El miembro se ha vuelto elegible para recibir los beneficios de Medicaid fuera del estado.
- El médico del miembro ordena un cambio en el nivel de atención.
- El aviso implica una determinación adversa sobre los requisitos de evaluación de detección previa a la admisión.
- Debe ser dado de alta o trasladado a otro centro rápidamente.
- La determinación adversa de beneficios es una denegación de pago.

¿Qué es una apelación?

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

Cómo presentar una apelación

Dispone de sesenta días calendario para presentar una apelación después de recibir una carta de aviso de determinación adversa de beneficios. Si usted desea que DHMC siga pagando su atención durante el proceso de apelación, debe presentar su apelación antes. Consulte la sección denominada **Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal** para obtener más datos.

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

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Complete el formulario de quejas y apelaciones que aparece en el final de este manual y envíelo por fax al **303-602-2078** o por correo a **DHMC Complaints and Appeals, 777 Bannock, MC6000, Denver, CO 80204**.

Cómo presentar una apelación acelerada

Puede solicitar una apelación acelerada si su vida o salud están en peligro. Si necesita que DHMC tome una decisión inmediata sobre su apelación, puede llamar a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261**. Si DHMC aprueba su solicitud de apelación acelerada, DHMC tomará una decisión sobre su apelación tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero a más tardar en 72 horas a partir de la recepción de su solicitud.

Si DHMC niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMC se comunicará con usted para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMC también le enviará una carta en un plazo de dos días calendario a partir del envío de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido denegada. La carta le informará acerca de su derecho a presentar una queja si no está satisfecho con la decisión de DHMC.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

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

Después de presentar una apelación

Después de presentar una apelación, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos días hábiles. La carta le informará acerca de la recepción de su apelación. Si presenta una apelación acelerada, es posible que DHMC no envíe una carta.

DHMC investigará los detalles de su apelación. Decidiremos si aceptamos su apelación. DHMC utilizará diferentes miembros del Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievances and Appeals Department) para revisar esta acción. Si usted apela una determinación adversa de beneficios que utiliza la razón de falta de necesidad médica, un miembro del personal de DHMC revisará con un profesional de la salud para tomar una decisión sobre su apelación. DHMC le brindará a usted o a su representante el archivo del caso, incluidos los registros médicos, otros documentos y registros, y cualquier documento nuevo o adicional que DHMC considere, en el que se base o que genere en relación con la apelación. Estos datos se ofrecerán de manera gratuita y con suficiente antelación al plazo de resolución del recurso, si se solicita.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DPR pueden brindar a DHMC pruebas u otros hechos que puedan ayudar en su caso. Puede ser en persona o por escrito. Tenga en cuenta que si su apelación es acelerada tiene un plazo menor para presentar estos datos ante DHMC. Usted o su DPR también pueden revisar el expediente de su caso antes y durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye sus registros médicos y cualquier otro dato que DHMC utiliza para decidir sobre su apelación.

En el caso de las apelaciones estándares, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito de la decisión a más tardar en diez días hábiles a partir de la recepción de su apelación estándar. En el caso de las apelaciones aceleradas, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito de la decisión a más tardar 72 horas después de recibir su apelación acelerada. DHMC también lo notificará por teléfono acerca de la decisión para apelaciones aceleradas.

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

- su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo solicitar una
- su derecho a solicitar a DHMC que continúe con sus servicios mientras la audiencia imparcial estatal esté pendiente, y cómo hacer dicha solicitud

Cómo extender los plazos de las apelaciones

Usted o DHMC pueden extender el límite de tiempo para una decisión sobre su apelación. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMC puede agregar catorce días calendario más. DHMC solo extenderá este límite de tiempo cuando sea lo mejor para usted. DHMC le enviará un aviso por escrito si necesita más tiempo. Este aviso incluirá nuestro motivo para necesitar más tiempo. Este aviso por escrito también le explicará su derecho a presentar una queja si no concuerda con la decisión de DHMC de extender el límite de tiempo. Durante el límite de tiempo extendido, DHMC tomará una decisión. DHMC le enviará un aviso por escrito de la decisión al final del límite de tiempo de extensión.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Cómo obtener ayuda para presentar una apelación

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

- Llame a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame al **defensor del pueblo de Health First Colorado** al **303-830-3560** o al **1-877-435-7123**.

¡No perderá sus beneficios de Health First Colorado por apelar una determinación adversa de beneficios!

¡La ley lo exige!

Audiencia imparcial estatal

Si usted no está satisfecho con una acción que toma DHMC, DEBE pasar por las reglas de apelación que se explicaron anteriormente. En cualquier momento dentro de los 120 días calendario después de haber recibido la carta de aviso de determinación de la apelación, usted o su DPR tienen la opción de solicitar que un juez de derecho administrativo revise la acción llevada a cabo por DHMC. Su proveedor también puede solicitar una revisión si usted lo nombra su DPR. A esta revisión se la conoce como audiencia imparcial estatal. Puede solicitar una audiencia imparcial estatal cuando:

- Se le niega la atención médica que solicita o la decisión de aprobar la atención médica no se toma de manera oportuna.
- Usted cree que la acción tomada es errónea.

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

- su nombre, domicilio y número de id. de Medicaid (una letra y 6 números)
- la acción, la negación o la falta de actuación rápida por la cual envía la solicitud de apelación
- la razón por la que se apela la acción, la negación o la falta de actuación rápida

En la audiencia, puede representarse a sí mismo o usar un proveedor, una guía legal, un familiar, un amigo u otra persona. Usted o su representante tendrán la oportunidad de mostrar pruebas al juez de derecho administrativo para respaldar su caso. Usted o su representante también pueden solicitar registros sobre su apelación.

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

Office of Administrative Courts

1525 Sherman St., 4th Floor

Denver, CO 80203

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

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito **1-855-281-2418**.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia imparcial estatal

En algunos casos, DHMC seguirá pagando la atención mientras espera la decisión de una apelación o audiencia imparcial estatal. DHMC seguirá pagando por su atención mientras espera una decisión si:

- Presenta su apelación dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en su carta de aviso de determinación adversa de beneficios o de la fecha de entrada en vigencia de la acción de DHMC.
- Su apelación implica terminar, pausar u obtener menos de la atención autorizada.
- La atención que recibe es de un proveedor autorizado.
- Su plazo de autorización original en su atención no ha expirado.
- Usted solicita continuar con sus beneficios dentro de los 10 días calendario posteriores a que DHMP envíe el aviso de determinación adversa de beneficios en o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la fecha de la determinación adversa de beneficios propuesta por DHMP.

Nuevamente, debe llamar a **Quejas y Apelaciones (Complaints and Appeals)** de DHMC al **303-602-2261** y decirles que desea que DHMC siga cubriendo su atención. Su atención seguirá hasta que:

- Usted decida cancelar su apelación.
- Pasen diez días calendario desde la decisión respecto a su apelación a menos que, dentro de esos 10 días, solicite una audiencia imparcial estatal con continuación de los servicios hasta que se llegue al fallo de la audiencia imparcial estatal.
- La oficina de la audiencia imparcial estatal determine que DHMC no debe pagar por su atención.
- Finalice el tiempo límite de su autorización original de servicio.

Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal aprueban su apelación o la audiencia imparcial estatal revoca la decisión de negar su atención, y usted continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia imparcial estatal, DHMC pagará por aquella atención. Si DHMC o la oficina de la audiencia imparcial estatal llegan a una decisión final que no concuerda con su apelación, usted no tiene que pagar por esa atención. Si DHMC o la oficina de audiencia imparcial estatal decide aprobar su apelación o la audiencia imparcial estatal revoca la decisión de denegar su atención, y usted no estaba recibiendo una continuación de servicios mientras su apelación o audiencia imparcial estatal estaba pendiente, DHMC autorizará o brindará esa atención tan pronto como su afección de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas a partir de la fecha de anulación de la determinación adversa de beneficios.

Defensor del pueblo de Health First Colorado

El defensor del pueblo es independiente de todos los planes de atención médica de Health First Colorado. Si tiene un problema o una inquietud, el defensor del pueblo trabajará con usted. Trabajarán con su médico o plan de salud para encontrar una respuesta que funcione para todos.

Si usted es miembro de Health First Colorado (esto incluye DHMC) y tiene un problema con un proveedor de Denver Health o con su proveedor de salud mental:

- Antes que nada, hable con su médico o comuníquese con **Servicios del Plan de Salud de DHMC** llamando al **303-602-2116**. Esto suele ayudar.
- También puede llamar al **defensor del pueblo para la atención administrada por Health First Colorado**:

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.

Área metropolitana: 303-830-3560

Fuera del área metropolitana: 1-877-435-7123

Llame al Programa del Defensor del Pueblo en las siguientes situaciones:

- Cuando no pueda conseguir una cita o tenga que esperar demasiado para esta
- Cuando no pueda consultar a un especialista.
- Cuando no esté satisfecho con su atención o la de un familiar.
- Cuando su plan de salud le niegue un servicio.
- Necesita ayuda para presentar una queja, queja o apelación.
- Cuando no sepa con seguridad a quién llamar.

Si tiene alguna duda, llame a **Servicios del Plan de Salud** al **303-602-2116** o al número gratuito 1-855-281-2418.



Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva Bright Futures/Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics)

Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, estas recomendaciones para la atención médica pediátrica están diseñadas para el cuidado de niños que están recibiendo una crianza competente, que no tienen manifestaciones de problemas de salud importantes y están creciendo y desarrollándose de manera satisfactoria. Los problemas de desarrollo, psicosociales y de enfermedades crónicas en niños y adolescentes pueden requerir frecuentes visitas de asesoramiento y tratamiento aparte de las visitas de atención preventiva.

También pueden ser necesarias visitas adicionales si las circunstancias sugieren variaciones de lo normal. Estas recomendaciones representan un consenso de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) y Bright Futures. Consulte la guía específica por edad como se enumera en la publicación *Bright Futures Guidelines* (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017).

EDAD	INFANCIA								PRIMERA INFANCIA						
	Prenatal	Recién nacido	3 a 5 días	Antes de 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	3 años	4 años
ANTECEDENTES Inicial/Intervalo	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
MEDIDAS															
Longitud/estatura y peso		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Circunferencia de la cabeza		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Peso por longitud		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Índice de masa corporal												•	•	•	•
Presión arterial		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
EVALUACIÓN SENSORIAL															
Vista		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	•	•
Audición		•	•			★	★	★	★	★	★	★	★	★	•
SALUD CONDUCTUAL/DEL DESARROLLO															
Evaluación del desarrollo								•			•		•		
Pruebas de detección de trastornos del espectro autista											•	•			
Vigilancia del desarrollo		•	•	•	•	•	•		•	•		•		•	•
Evaluación conductual/psicosocial		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluación del uso de tabaco, alcohol o drogas															
Prueba de detección de depresión															
Prueba de detección de depresión maternal				•	•	•	•								
EXAMEN FÍSICO		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
PROCEDIMIENTOS															
Sangre del recién nacido		•	•												
Bilirrubina del recién nacido		•													
Anomalías cardíacas congénitas críticas		•													
Vacunas		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Anemia						•			•	•	•	•	•	•	•
Plomo								★	★	•	•	★	•	•	★
Tuberculosis				★				★	★			★		★	★
Dislipidemia												★			★
Infecciones de transmisión sexual															
VIH															
Displasia cervical															
SALUD BUCAL								•	•	★		★	★	★	★
Barniz de flúor								←				•			→
Suplemento de flúor								★	★	★		★	★	★	★
GUÍA ANTICIPADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

