



**ELEVATE**  
**MEDICARE ADVANTAGE**  
Denver Health Medical Plan Inc.™

# **ELEVATE MEDICARE CHOICE (HMO D-SNP) AÑO DEL PLAN 2025**

*Condados de Adams, Arapahoe, Denver y Jefferson*

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



## QUÉ CONTIENE

- » Comprender las opciones de Medicare
- » Programa de Ahorros de Medicare y Extra Help (Ayuda adicional)
  - » Cómo funciona su plan
  - » Información específica del plan

## INFORMACIÓN SOBRE SU AGENTE

Nombre del agente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del agente: \_\_\_\_\_

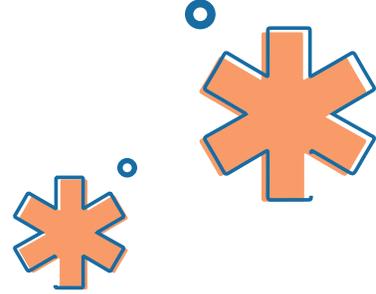
Correo electrónico del agente: \_\_\_\_\_

## ¡HABLEMOS!

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



# Comprender las opciones de Medicare



## Medicare tiene cuatro partes:



**Parte A:** este es un seguro hospitalario que cubre la atención en hospitales y centros de rehabilitación, e incluye las radiografías, las cirugías y los tratamientos de radiación. También cubre los establecimientos de enfermería especializada, los centros de cuidados paliativos y la atención médica a domicilio. La mayoría de las personas no pagan la prima de la Parte A.



**PARTE B:** este es un seguro médico que cubre servicios hospitalarios ambulatorios, atención médica a domicilio, ambulancia, visitas al médico y servicios preventivos. Puede pagar una prima mensual de la Parte B y, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social.



**Parte C:** esta es una alternativa a Medicare Original, que analizaremos a continuación. Cubre todos sus beneficios de la Parte A y B, y puede cubrir los beneficios de la Parte D. Estos planes pueden incluir beneficios extras, requerir que consulte a médicos o especialistas dentro de la red, y limita los gastos de desembolso directo para proteger sus finanzas. Puede pagar una prima de la Parte C y debe seguir pagando la prima de la Parte B.



**Parte D:** este es un plan de medicamentos con receta que cubre los medicamentos con receta. A menudo se incluye en su plan de la Parte C o se puede comprar por separado para Medicare Original. Puede pagar una prima mensual de la Parte D.

## Tiene dos opciones:

### Opción 1: Medicare Original

Las Partes A y B conforman Medicare Original, y es provista por el gobierno federal.

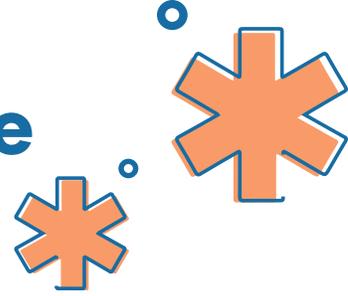
### Opción 2: Medicare Advantage

Estos son planes de la Parte C. Cubren la Parte A y B, y pueden cubrir la Parte D. Ofrecen beneficios que son tan buenos como Medicare Original, pero también pueden incluir beneficios extras como accesorios para la visión, audición, odontología, transporte y más.

## Compare la diferencia:

|   | Medicare Original  | Medicare Advantage (Parte C)  |
|---|--|---|
| <b>Médicos y especialistas</b>              | Puede acudir a cualquier médico u hospital que acepte Medicare.                  | Debe utilizar los médicos y hospitales de la red. Si es una emergencia, puede ir a cualquier hospital o centro de atención de urgencia. |
| <b>Cobertura de medicamentos con receta</b> | Debe comprar un plan de la Parte D por separado.                                 | Puede incluir cobertura de medicamentos con receta para que no necesite comprar un plan por separado.                                   |
| <b>Costos totales de desembolso directo</b> | Es posible que no tenga un límite en cuánto paga de desembolso directo cada año. | Tiene un máximo de desembolso directo cada año.   |

# Programas de ahorros de Medicare y Extra Help (Ayuda adicional)



Hay cuatro Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP) diferentes, y la calificación depende de sus ingresos y límites de recursos:

- » El beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) paga las primas de la Parte A, las primas de la Parte B, los deducibles y el coseguro.
- » El beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) solo paga las primas de la parte B.
- » Las personas calificadas-1 (Qualified Individuals, QI-1) pagan solo las primas de la Parte B.
- » Las personas calificadas discapacitadas y empleadas (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI) pagan solo la prima de la Parte A.

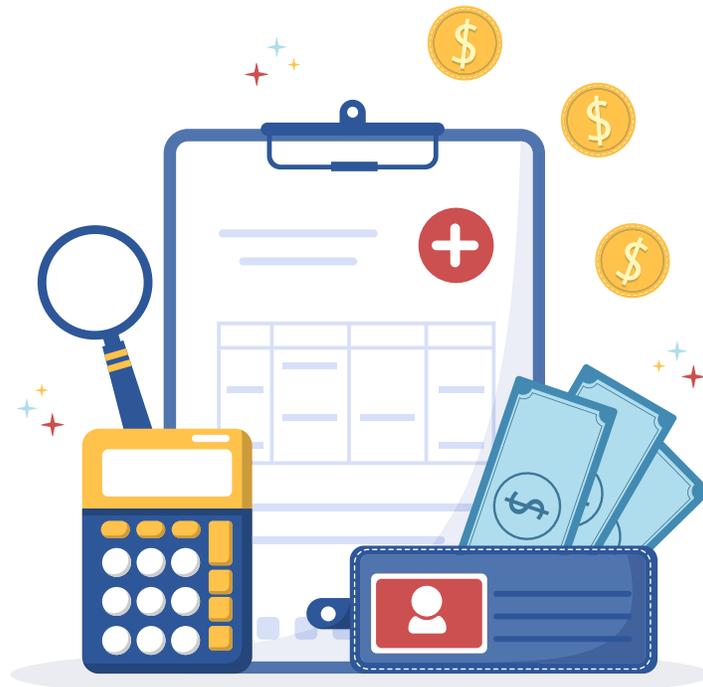
Si desea solicitar un MSP, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos local.

Nuestros planes tienen una prima de \$0 para la Parte D.

Si no está recibiendo Extra Help (Ayuda adicional), puede consultar si cumple con los requisitos para hacerlo. Para esto, puede llamar a los siguientes números:

- » **1-800-Medicare** o los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- » Su oficina estatal de Medicaid.
- » La Administración del Seguro Social (Social Security Administration) al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al **303-602-2111** o sin costo al **1-877-956-2111** de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).





**ELEVATE**  
**MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™

# CÓMO FUNCIONA SU PLAN



# Opciones flexibles para la atención en el mismo día



Cuando necesite atención, siempre es mejor consultar a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Pero si no puede, su plan Elevate Medicare Advantage ofrece una variedad de opciones flexibles para garantizar que tenga acceso a la atención adecuada en el momento adecuado:



**NurseLine (Línea de Enfermería) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para brindar asistencia médica gratis y consejos de atención, e incluso para recetar ciertas medicaciones: 303-739-1261.**



**DispatchHealth facilita las visitas de atención de urgencia en la comodidad de su propio hogar, de 8 a.m. a 10 p.m., los 365 días del año: 303-500-1518.**

- gran alternativa a las salas de espera concurridas y al riesgo de exposición a gérmenes
- mismo copago que para un centro de atención de urgencia

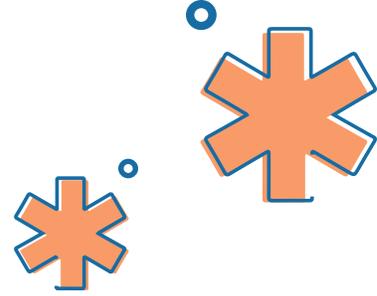


**Acceso a cualquier centro de atención de urgencia o departamento de emergencias en EE. UU.**

Su salud es nuestra mayor prioridad. La fácil atención en el mismo día es solo una de las muchas maneras en que estamos continuamente buscando mejorar nuestro nivel de servicio para usted.



# Traslados gratuitos a citas médicas



El transporte médico en casos que no son de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) es un beneficio cubierto para los miembros de Elevate Medicare Advantage. Usted cuenta con traslados de ida y vuelta ilimitados que pueden ser utilizados para visitar cualquier ubicación relacionada con la salud y aprobada por el plan.

- 1. Llame al menos 48 horas hábiles antes de su cita:**  
**1-877-692-5315 (de 6 a.m. a 9 p.m., los 7 días de la semana).**
- 2. Recibirá una llamada del conductor**  
**24 horas antes de la cita para confirmar la hora exacta en que debe recogerlo.**
  - » Esté listo al menos 60 minutos antes de la cita para asegurarnos de que llegue a tiempo.
  - » Para cancelar o cambiar un traslado, llame al 1-877-692-5315.

## Saque el máximo provecho de sus beneficios



Estamos a su disposición para escucharlo, ayudar a responder cualquier pregunta que tenga y asistirlo en la exploración de sus beneficios. Cuando tenga una pregunta sobre su plan Elevate Medicare Advantage o sus beneficios, llámenos. ¡Estamos especialmente capacitados para ayudarlo!

### Podemos asistirlo con temas como los siguientes:

- » programación de citas con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o especialista
- » información sobre dónde obtener atención cuando necesita atenderse de inmediato
- » comprensión de la red de proveedores y los beneficios cubiertos
- » obtención de la atención, las pruebas y el tratamiento que necesita
- » ayuda para surtir recetas
- » comprensión de los costos de los medicamentos con receta
- » comprensión de los beneficios dentales y cómo programar una cita dental

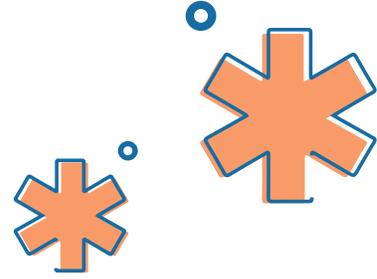
**HORARIO DE ATENCIÓN:**  
De 8 a.m. a 8 p.m.  
Los siete días de la semana



¿TIENE PREGUNTAS SOBRE SU PLAN?

**303-602-2111**

# Es fácil obtener sus medicaciones.



**Puede surtir las recetas utilizando las siguientes opciones:**



## FARMACIA POR CORREO

Farmacia por Correo de Denver Health es una forma fácil y segura de recibir sus medicamentos con receta directamente en su buzón. Un proveedor de Denver Health debe emitir la receta.

Formas de inscribirse en Farmacia por Correo

1. utilizando MyChart
  - » en Internet en **Mychart.DenverHealth.org**.
  - » mediante la aplicación MyChart para teléfonos inteligentes
2. llamando directamente a la farmacia, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.:  
303-436-4488

Para obtener más información, visite: **DenverHealthMedicalPlan.org/Denver-Health-Pharmacy-Mail**



## ENTREGA A DOMICILIO

Si recibir sus medicamentos con receta por correo no es la mejor opción, puede recibirlos en la puerta de su casa **¡sin costo para usted!** Llame al 303-436-4488 para programar la entrega a domicilio. Un proveedor de Denver Health debe emitir la receta.



## SUMINISTROS DE MEDICACIONES DE MANTENIMIENTO PARA 100 DÍAS

La mayoría de las medicaciones que surte periódicamente ahora se pueden surtir para 100 días, y **no hay costo adicional** en comparación con los suministros para 90 días. Pregúntele a su proveedor de atención médica o farmacia sobre cómo obtener un suministro de medicaciones para 100 días. Nota: Las sustancias controladas y las medicaciones especializadas no son elegibles para suministros de 100 días.

## ¿SE VA DE VIAJE POR UN TIEMPO? ¡OFRECEMOS SUMINISTROS PARA LAS VACACIONES!

Si es demasiado pronto para renovar su medicación y se va a quedar sin ella mientras está de viaje, ¡lo cubrimos! Puede obtener un suministro adicional cubierto por su plan Medicare Advantage de DHMP. ¿Cómo? Siguiendo dos sencillos pasos:

- » Llame al equipo de farmacia al 303-602-2070 al menos una semana antes de su partida.
- » Díganos que necesita más medicación de la habitual porque se le va a acabar mientras está de viaje.



## SURTIR LAS RECETAS EN LA FARMACIA LOCAL

Por supuesto, aún tiene la opción de surtir las recetas en su farmacia favorita local de la red si es más conveniente para usted.

## HORARIO DE ATENCIÓN:

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



¿TIENE PREGUNTAS? LLÁMENOS AL:

**303-602-2111**



**ELEVATE**  
**MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™

# BENEFICIOS EXTRAS



# Realice una evaluación de riesgos para la salud ¡y obtenga una recompensa de \$25!

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), se le asignará un gestor de atención y un coordinador de atención del plan de salud para ayudarlo con sus objetivos de atención médica. Nuestros gestores de atención están a su disposición para trabajar con usted y su médico, y así garantizar que reciba la atención que necesita.

## En nuestro Programa de Gestión de la Atención, podemos:

- » concertar citas con médicos y especialistas
- » hacer remisiones a recursos
- » ayudarlo con la programación del transporte para las citas médicas
- » hablar con su médico para asegurarse de que tiene los medicamentos que necesita
- » ¡y más!

## Complete la evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) y ¡obtenga una recompensa de \$25!

Tiene la oportunidad de completar una HRA inicial. Queremos que esté sano y se sienta bien. Al responder las preguntas en la HRA, identificaremos sus riesgos de salud y trataremos de reducirlos. Cada año, le pediremos que complete una HRA para saber si hubo algún cambio en su salud. Esto también nos ayudará a saber si necesita más ayuda.

Sus respuestas a estas preguntas no afectan la cobertura de su seguro y pueden ser compartidas con su médico. Podemos trabajar con su médico y equipo de atención médica para mejorar su salud.

## ¿Qué puede esperar?

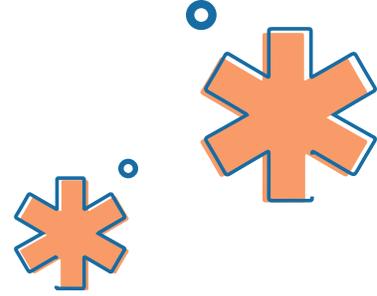
Le enviaremos por correo postal una HRA, que incluirá un enlace si prefiere completarla en línea. También recibirá una carta de bienvenida del gestor de atención y el coordinador de atención del plan de salud, y cómo comunicarse directamente con nosotros. Una vez que recibamos la HRA completada por teléfono o correo, agregaremos una recompensa de \$25 a su FlexCard por la compra de artículos de alimentos saludables elegibles en las ubicaciones participantes (King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens y CVS).

Si desea llamarnos para completar la HRA, llame al **1-833-292-4893**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si ha actualizado la información de contacto desde que se inscribió, comuníquese con nosotros al **303-602-2184** o envíenos un correo electrónico a **DHMPCC@dhha.org**.





# FlexCard



**Una tarjeta, cuatro beneficios  
¡cargados automáticamente en una tarjeta recargable!**

Recibirá los fondos en una tarjeta recargable a principios de enero, abril, julio y octubre, o al inscribirse. Estos fondos se pueden utilizar para pagar alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) elegibles en las tiendas participantes (King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens y CVS). Los fondos caducan al final del trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción.

**Asignación para OTC (Todos los miembros cumplen con los requisitos):**  
Hasta \$260 cada trimestre

**Asignación para alimentos saludables:**  
Hasta \$310 cada trimestre



**Recompensas por visita de bienestar anual: \$30 al realizar una visita calificadora**

Una visita de bienestar anual es un control o atención de rutina con su proveedor principal. Si realiza la visita, háganoslo saber en [DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-FlexCard](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-flexcard). Cargaremos su recompensa en FlexCard por comprar alimentos saludables calificados.

**Evaluación de riesgos para la salud: \$25 al realizar una evaluación anual de riesgos para la salud**

Los fondos se cargan de manera automática a su FlexCard para la compra de alimentos saludables calificados dentro de 2-4 semanas posteriores a la finalización de la evaluación.

Para obtener más información, visite [DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-FlexCard](https://denverhealthmedicalplan.org/medicare-flexcard) o llámenos al 303-602-2111 (TTY 711).



## ¡Eleve su salud dental!

La salud oral y la salud general están estrechamente relacionadas. Es por eso que la atención dental periódica es tan importante. Como parte de sus beneficios de Elevate Medicare Advantage, usted tiene cobertura odontológica a través de la red Delta Dental PPO de Medicare.

### **Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): beneficio máximo anual de hasta \$5,000**

El beneficio máximo anual es el monto que Elevate Medicare Advantage pagará por los servicios dentales cubiertos por año.

### **Qué está cubierto:\***



**Exámenes orales/limpiezas:** dos por año calendario



**Radiografías de boca completa:** 1 en 60 meses



**Tratamiento con flúor:** uno por año calendario



**Empastes:** un relleno por diente (sin límite) por año calendario

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

Para obtener más información o hacer preguntas sobre sus beneficios odontológicos, llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al **303-602-2111** o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Usted paga \$0 del costo del procedimiento, hasta el monto del beneficio máximo anual.

\* Esta es solo una breve descripción de los servicios cubiertos. La *Evidencia de cobertura* brindará una explicación más completa de la cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones.

# Beneficios de Oftalmología y Audición



Como miembro de Elevate Medicare Advantage, puede acceder a servicios oftalmológicos y auditivos. Puede obtener servicios oftalmológicos y auditivos con cualquier proveedor de la red. Para buscar un proveedor dentro de la red, visite: [DenverHealthMedicalPlan.org/Find-Doctor](https://DenverHealthMedicalPlan.org/Find-Doctor).

## Oftalmología



Una mala visión puede afectar su experiencia con muchas cosas, como leer, conducir o ver la televisión. ¡Por eso nos centramos en ayudarlo! Sus beneficios incluyen exámenes oftalmológicos de rutina y una asignación anual para accesorios para la visión o lentes de contacto.

Hasta \$245 para gafas/lentes de contacto por año

Nuestra red incluye EyeCare Specialties of Colorado.

Para programar una cita, llame al **303-802-4650**.

## Audición



Su audición es muy importante para su calidad de vida. Queremos que tenga los recursos que necesita para cuidar su audición.

### Los beneficios incluyen los siguientes:

- » asignación de hasta \$1,500 para audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años
- » adaptación/evaluación ilimitada para los audífonos complementarios
- » \$0 de copago por un examen de audición de rutina cada tres años
- » \$0 de copago para la adaptación/evaluación de los audífonos

Para obtener ayuda o más información, o hacer preguntas sobre sus beneficios, llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al **303-602-2111** o sin costo al 1-877-956-2111.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Esta es solo una breve descripción de los servicios cubiertos. La *Evidencia de cobertura* brindará una explicación más completa de la cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones.



## ¡TRASLADOS GRATUITOS A CITAS MÉDICAS!

El transporte médico en casos que no son de emergencia (NEMT) es un beneficio cubierto para los miembros de Elevate Medicare Advantage. Usted cuenta con traslados de ida y vuelta **ilimitados** que pueden ser utilizados para visitar cualquier ubicación relacionada con la salud y aprobada por el plan.

### CÓMO FUNCIONA:

1. Póngase en contacto con Access2Care al menos 48 horas hábiles antes de la cita.
2. Tenga la siguiente información a mano:
  - Nombre y domicilio
  - Id. de miembro
  - Fecha de nacimiento
  - Número de teléfono
  - Fecha y hora de la cita
  - Domicilio y nombre del proveedor
  - Domicilio donde deben recogerlo
  - Número de teléfono celular (si tiene)
  - Equipo médico (p. ej., silla de ruedas, andador, etc.)
3. Recibirá una llamada del conductor dentro de las 24 horas antes de la cita para confirmar la hora exacta en que debe recogerlo.
  - Esté listo al menos 60 minutos antes de la cita para garantizar que llegue a tiempo.
  - Para cancelar un traslado o cambiar la información de este, llame a Access2Care o use la aplicación.



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

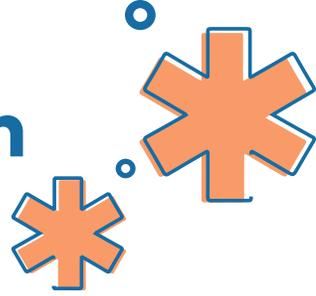
**NUEVO: Descargue la aplicación móvil de Access2Care.**



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

# Denver Parks & Recreation

## Membresía para fitness



Tener acceso a un gimnasio le da acceso a muchos equipos de alta calidad y puede mantenerlo motivado para mantenerse al día con sus objetivos de fitness. Elevate Medicare Advantage ofrece una membresía anual para Denver Parks and Recreation sin costo para usted.

### Cómo comenzar

Lleve su tarjeta de id. de miembro de Elevate Medicare Advantage y una identificación con foto al centro local de Denver Parks and Recreation.

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

**[DenverGov.org/Recreation](https://denvergov.org/recreation)**

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.





## Project Angel Heart lo ayudará con su recuperación.

Comidas a domicilio después del alta de cada estadía en un establecimiento para pacientes hospitalizados o de enfermería especializada

### Cómo funciona

Con la inscripción en **Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)**, usted cumple con los requisitos para recibir 21 comidas nutritivas después del alta de cada estadía en el hospital o internación en un centro de enfermería especializada, sin costo para usted.

Todas las comidas se envían a su hogar y desempeñan un papel en su recuperación.

Cada comida se prepara teniendo en cuenta su salud y, cuando se combina con el tratamiento indicado, puede mejorar su salud y reducir el riesgo de que se presenten complicaciones.

Las comidas de Project Angel Heart, de óptima calidad y preparadas por chefs, están diseñadas para satisfacer sus necesidades médicas y nutricionales específicas. Los platos principales se entregan congelados y son fáciles de recalentar en el microondas o en el horno.

Project Angel Heart entrega las comidas en un plazo de 24 a 72 horas después de la remisión. La fecha y hora de las entregas dependerá de su ubicación.

Project Angel Heart es una organización sin fines de lucro que se asocia con proveedores de atención médica, como su plan Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), para ayudar a los miembros a recuperarse.

Para obtener más información sobre este beneficio y organizar la entrega de comidas, comuníquese con nuestro Departamento de Gestión de la Atención (Care Management Department) al 303-602-2184. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.



**ELEVATE**  
**MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



# Lista de verificación para la inscripción previa

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con nuestro agente de ventas al 303-602-2451.

## Comprensión de los beneficios

- La *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [DenverHealthMedicalPlan.org](https://denverhealthmedicalplan.org) o llame al 303-602-2451 para ver una copia de la EOC.
- Consulte el *Directorio de proveedores* (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Consulte el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- Consulte el *Formulario de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Comprensión de las reglas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el *Directorio de proveedores*).
- Solo para Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP):** Este plan es un plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid. Para acceder a este plan, debe ser elegible para recibir los beneficios completos de Medicare y como beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), o de Medicaid.

## Efecto sobre la cobertura actual

- Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque pagará la cobertura que no puede usar.

## Formulario de confirmación del alcance de la cita

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les exigen a los agentes que documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas en persona para garantizar la comprensión de lo que analizarán el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y deberá ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Marque el tipo de producto/s que desea analizar con el agente.

\_\_\_\_\_ Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: un Plan Medicare Advantage que provee toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solo puede recibir atención de los médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).

\_\_\_\_\_ Plan para necesidades especiales de Medicare (Medicare Special Needs Plan, SNP): plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de los grupos específicos a los que se prestan servicios incluyen personas con Medicare y Medicaid, personas que residen en un hogar para personas mayores o personas con ciertas afecciones médicas crónicas.

**Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con el agente de ventas para analizar los tipos de productos que marcó anteriormente.** Tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleada o contratada por el plan de Medicare. Ellos no trabajan de forma directa para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir su paga en función de que usted se inscriba en un plan.

La firma de este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan ni implica quedar inscripto en un plan de Medicare, así como tampoco afecta su inscripción actual.

### Firma y fecha de la firma del beneficiario o representante autorizado

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y escribir en letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Su relación con el beneficiario \_\_\_\_\_

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE **Todos los campos son obligatorios.**</b> |                                |
| Nombre del agente:  | Número de teléfono del agente: |
| Nombre del beneficiario:  | Teléfono del beneficiario:     |
| Domicilio del beneficiario:   |                                |
| Método inicial de contacto: (es decir, teléfono, cita, etc.)                    | Tipo de producto discutido:    |
| Firma del agente:   | Fecha de la cita:              |

**\* La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).**

**Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, detalle el motivo por el cual el alcance de la cita (Scope of the Appointment, SOA) no se documentó antes de la reunión.**

---



---

**Se requiere un nuevo SOA si, durante la cita, el beneficiario solicita información sobre un tipo de plan diferente al acordado previamente.**

---

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar su Medicaid.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 303-602-2111 or 1-877-956-2111 (TTY 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para obtener más información llame al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage

### Para inscribirse en un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los EE. UU.
- vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- en determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- su número de Medicare (el número que figura en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- su domicilio y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta información es 0938-1378. El tiempo estimado necesario para completar esta recolección de información es, en promedio, 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, hacer búsquedas en recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Todo elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Qué pasa después?

Envíe el formulario completado y firmado a:  
Elevate Medicare Advantage  
777 Bannock St., MC6000  
Denver, CO 80204

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas que no tienen hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, un domicilio de un refugio o una clínica, o el domicilio donde recibe el correo postal (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su domicilio de residencia permanente.



- 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
- 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

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

Nombre:

Domicilio:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

## Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Su origen es hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

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

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

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

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

- Español

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

- Braille  Letras grandes  CD de audio

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2111 si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja?  Sí  No  Su cónyuge trabaja?  Sí  No

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

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

### Pago de las primas del plan

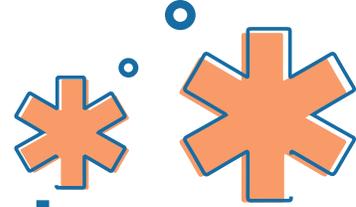
Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario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

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

#### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y el título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN), "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.

# Revisión de la lista de medicamentos con receta



## **Lista de verificación para la revisión final de las medicaciones:**

- Inscrito evaluado para el subsidio por bajos ingresos (si corresponde)
- Nivel actual de subsidio por bajos ingresos revisado con el inscrito (si corresponde)
- Estado de las medicaciones del inscrito según el Formulario de medicamentos revisado (presentar autorización previa, si corresponde)
- Restricciones de las medicaciones del *Formulario de medicamentos* revisadas (si corresponde)
- Costo de las medicaciones revisado (de marca/genéricas/días de suministro)
- Remitido al Departamento de Farmacia (Pharmacy Dept.) de Elevate Medicare Advantage para evaluación adicional

**Firma del miembro** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del agente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Enlace al *Formulario de medicamentos*:**

[DenverHealthMedicalPlan.org/Elevate-Medicare-Advantage-Formularies](https://denverhealthmedicalplan.org/Elevate-Medicare-Advantage-Formularies)



# PRÓXIMOS PASOS



## 1 Programe una cita para determinar la atención si es nuevo en el plan.

Si no es un miembro nuevo, asegúrese de programar su control anual o visita de atención de rutina con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Manténgase actualizado sobre la atención preventiva:

- » control de bienestar anual
- » vacunas
- » evaluaciones de detección preventivas

### CONSEJOS DE EXPERTOS:

- » El control anual o la visita de atención de rutina con su PCP es un buen momento para hablar también sobre problemas crónicos como la presión arterial alta, la diabetes, etc.
- » ¡Aproveche nuestro programa de recompensas por realizar su visita! Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111.
- » Si necesita ayuda para acudir a su cita, llame para programar un traslado de ida y vuelta gratuito como parte de sus beneficios.



## 2 Prepare sus medicaciones.

Como miembro de Elevate Medicare Advantage, tiene múltiples formas de surtir las medicaciones.

- » Farmacia por Correo
- » entrega a domicilio
- » suministro para 100 días
- » suministros para vacaciones

### CONSEJO DE EXPERTOS:

Pídale a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) un suministro para 100 días.

### **3 Programe una cita para consultar al dentista.**

Es importante utilizar sus beneficios dentales porque su salud bucal está relacionada con su salud general. Su dentista puede detectar los primeros signos de enfermedad cardíaca, diabetes y otras enfermedades. Hacer de la atención dental preventiva una prioridad visitando al dentista dos veces al año puede ayudarlo a evitar procedimientos dentales dolorosos y costosos en el futuro. Para obtener ayuda para buscar un dentista dentro de la red, llame al **1-800-610-0201** o visite **DeltaDentalCO.com** para buscar un dentista cerca de usted.

#### **CONSEJO DE EXPERTOS:**

Su beneficio dental le permite consultar a cualquier proveedor de la red PPO Medicare Advantage de Delta Dental; Delta Dental cuenta con muchos dentistas/consultorios dentales en su área. Puede consultar a cualquier dentista dentro de la red en cualquier momento.



### **4 Programe una cita para hacerse un examen ocular.**

Como parte de los beneficios de Elevate Medicare Advantage, el beneficio del plan 2025 cubre un examen ocular de rutina anual e incluye una asignación para accesorios para la visión.

#### **CONSEJOS DE EXPERTOS:**

- » Para consultar a un proveedor de la red "EyeCare Specialties of Colorado", llame al 303-802-4650.
- » Si es diabético, un examen ocular para diabéticos es una parte importante de la atención preventiva.

El examen puede:

- detectar daños en los ojos antes de que se presenten síntomas como dolor o visión borrosa
- identificar las enfermedades oculares de manera temprana para que pueda comenzar un tratamiento eficaz
- identificar los cambios físicos que deben abordarse



### **5 Programe un traslado para sus visitas médicas.**

Si necesita ayuda para ir a una cita médica o a la farmacia, puede obtener traslados de ida y vuelta gratuitos ilimitados a través de sus beneficios de Elevate Medicare Advantage. Llame al **1-877-692-5315**, de 6 a.m. a 9 p.m., los siete días de la semana, para programar un traslado hoy mismo.

#### **CONSEJO DE EXPERTOS:**

Llame al menos 48 horas hábiles antes de la cita.

## 6 Reciba su FlexCard.

Utilice su FlexCard para artículos calificadoros en King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens y CVS cada trimestre. Su asignación estará disponible a principios de enero, abril, julio y octubre, o al inscribirse.

## 7 Inicie sesión en el portal para miembros.

Regístrese en nuestro portal para miembros, su recurso de referencia para administrar su plan de seguro de salud en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede acceder a información importante y materiales para miembros (incluidas las tarjetas de id.), comunicarse con su plan de salud, verificar el estado de un reclamo y más, todo desde su computadora, tableta o teléfono inteligente. ¡Escanee el código QR a continuación para comenzar!

### INSCRÍBASE HOY MISMO:

Visite [DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org) y haga clic en 'MyDHMP Portal' (Portal MyDHMP) o descargue la aplicación móvil 'MyDHMP' para dispositivos iPhone y Android.



## 8 Inicie sesión en el portal para pacientes del proveedor.

La red de proveedores tiene un portal (como MyChart) que le permite conectarse con ellos. El portal le da la opción de renovar una receta, programar una cita, ver los resultados de laboratorio y más.

### CONSEJO DE EXPERTOS:

Descargue la aplicación en su teléfono inteligente o tableta.

## 9 Tarjeta de id. de miembro y guía de referencia rápida.

Asegúrese de revisar su correo y esté atento a la llegada de su nueva tarjeta de id. de miembro.

### CONSEJO DE EXPERTOS:

La guía de referencia rápida destaca los beneficios importantes del plan. Acceda en línea en [DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org).

## Aviso de no discriminación

Denver Health Medical Plan, Inc., en adelante denominada la "Compañía", cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. La Compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud ni necesidad de servicios de atención médica.

### La Compañía

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como los siguientes:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - intérpretes capacitados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Compañía sin costo al 1-800-700-8140. Para TTY, llame al 711.

Si considera que la Compañía no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de una u otra forma, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones (Grievance and Appeal Department) de la Compañía, en 938 Bannock Street, Mail Code 6000, Denver, CO 80204, teléfono 303-602-2261. Puede presentar una queja por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, un especialista en apelaciones y quejas está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019  
TDD: 800-537-7697

Los formularios para quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.  
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-700-8140 (TTY/TDD: 711).



**ELEVATE  
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc..

# *Resumen de beneficios para 2025*

**Elevate Medicare Choice  
(HMO D-SNP)**

**H5608-001**

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

## **¿Necesita ayuda?**

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

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

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

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

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

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



## Para inscribirse en nuestro plan, usted debe:

- ★ ser elegible para las Partes A y B de Medicare
- ★ vivir en los condados de Adams, Arapahoe, Denver o Jefferson
- ★ tener beneficios completos de Medicaid o ser beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)

## Plan médico: qué está cubierto y cuánto cuesta

| Beneficios y primas  | Usted paga   |
|--|--|
| † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.<br>El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).   |  |
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si la tiene.  | \$0  |
| <b>Deducible</b>   | \$0 de copago  |
| <b>Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo</b><br>Siempre que Medicaid continúe pagando el deducible, el coseguro y los copagos de Medicare, no tendrá una responsabilidad máxima de desembolso directo.   | \$9,250  |
| <b>Cobertura de los servicios de hospitalización†</b><br>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado por 60 días consecutivos. | \$0 de copago<br><br>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda. |
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  | \$0 de copago  |
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>   | \$0 de copago  |
| <b>Visitas al consultorio médico</b>   | \$0 de copago  |
| <b>Atención preventiva</b>   | \$0 de copago  |
| <b>Atención de emergencia</b><br>Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.  | \$0 de copago  |
| <b>Servicios de atención de urgencia</b><br>Cubrimos la atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.   | \$0 de copago  |

| Beneficios y primas  | Usted paga  |
|--|---|
| † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.<br>El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).   |   |
| <b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Laboratorios cubiertos por Medicare</li> </ul>  | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio</li> <li>• Un examen de audición de rutina cada tres años</li> <li>• Adaptación de audífonos o examen de evaluación</li> <li>• Audífonos</li> </ul>  | \$0 de copago<br>Cobertura del plan hasta un monto máximo de \$1,500 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta          |
| <b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b><br>Medicare cubre algunos servicios dentales que están estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.  | \$0 de copago por cada servicio dental médicamente necesario cubierto por Medicare  |
| <b>Beneficios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP)</b><br>Cobertura dental preventiva e integral <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (hasta 2 por año calendario).</li> <li>• Exámenes orales (hasta 2 por año calendario).</li> <li>• Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario).</li> <li>• Tratamiento con flúor (1 tratamiento por año).</li> <li>• Empastes (hasta 1 por diente por año calendario).</li> <li>• Consulte la EOC para obtener servicios odontológicos cubiertos adicionales.</li> </ul> | \$0 de copago por los servicios cubiertos hasta el beneficio máximo anual de \$5,000 para servicios preventivos y dentales cada año               |
| <b>Servicios de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares</li> <li>• Examen ocular de rutina complementario cada año</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</li> <li>• Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)</li> </ul>   | \$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año<br>Hasta \$245 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año |
| <b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b><br>Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 190 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b><br>Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios  | \$0 de copago   |

| Beneficios y primas   | Usted paga  |
|---|---|
| † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.<br>El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).  |   |
| <b>Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</b><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio.<br>Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección. | \$0 de copago   |
| <b>Rehabilitación ambulatoria†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardíaca (Corazón)</li> <li>• Pulmonar (Pulmón)</li> <li>• Terapia ocupacional†</li> <li>• Terapia física†</li> <li>• Terapia del habla†</li> </ul>             | \$0 de copago por servicios de terapia cardíaca, pulmonar, ocupacional, física o del habla<br><br>†Se requiere autorización previa después de las primeras 30 visitas.  |
| <b>Ambulancia</b>   | \$0 de copago   |
| <b>Transporte</b><br>Traslados de ida y vuelta ilimitados para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud.   | \$0 de copago   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare†</b>  | \$0 de copago para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B<br>\$0 de copago para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare<br><br>†Es posible que se requiera autorización para algunos medicamentos de la Parte B. |

## Cobertura de medicamentos con receta

Las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también obtienen *Extra Help (Ayuda adicional)* de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda *Extra Help (Ayuda adicional)* a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta.

### Etapa de cobertura inicial

\$0 de copago para todos los medicamentos cubiertos durante esta etapa

### Etapa de cobertura catastrófica

\$0 de copago para todos los medicamentos cubiertos durante esta etapa

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

Como miembro de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), puede obtener sus medicamentos de las siguientes maneras:

- **farmacia minorista**
- **farmacia de atención a largo plazo (long term care, LTC)**
- **envíos por correo**

Puede obtener un suministro de 30, 60, 90 o 100 días de la mayoría de las medicaciones. Consulte el Formulario de medicamentos en [DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org). Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene preguntas sobre cómo obtener sus medicamentos con receta.

| <b>Beneficios adicionales</b>  |   |
|--|---|
| <b>Beneficios</b>  | <b>Usted paga</b>   |
| † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.<br>El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).   |   |
| <b>Monitor de presión arterial</b><br>Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.  | Un monitor de presión arterial cubierto hasta \$135 de por vida para los miembros participantes del Programa de Control de la Presión Arterial. Deben ser brindados por el plan.  |
| <b>Atención quiropráctica</b><br>Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.  | \$0 de copago   |
| <b>Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation</b><br>Ofrecemos una membresía anual a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, tome su tarjeta de id de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y una identificación con foto válida para el centro de recreación de su elección. Nota: Esta membresía no incluye el costo de participar en las clases. Es posible que tenga que pagar una pequeña tarifa para inscribirse en las clases de entrenamiento físico. | \$0 de copago   |
| <b>Servicios e insumos para la diabetes†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos y plantillas terapéuticos</li> <li>• Insumos para el control de la diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>   | \$0 de copago<br><br>† Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa Dexcom y algunos de FreeStyle Libre no requieren autorización previa. Todos los demás proveedores requieren autorización. |

| <b>Beneficios adicionales</b>  |   |
|--|---|
| <b>Beneficios</b>  | <b>Usted paga</b>   |
| <p>† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.<br/>           El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p>  |   |
| <p><b>FlexCard: Alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Le proporcionaremos fondos trimestrales que puede usar para ayudar a pagar alimentos saludables cubiertos y artículos de (OTC en una tarjeta recargable. Su asignación está disponible en su FlexCard al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción.</p> <p>Asignación para alimentos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de alimentos saludables elegibles.</li> </ul> <p>Asignación para artículos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de productos de salud y bienestar OTC.</li> </ul> <p>Para obtener más información sobre los artículos o las ubicaciones elegibles, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.</p> | <p>Recibirá \$2,280 al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$310 por trimestre para alimentos saludables</li> <li>\$260 por trimestre para artículos de OTC</li> </ul> <p>Todos los miembros son elegibles para recibir el beneficio de alimentos saludables a través de su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p> |
| <p><b>Beneficio de comidas</b></p> <p>Se ofrecen 21 comidas para cada internación de paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (SNF) (después del alta a través de Project Angel Heart).</p>   | <p>\$0 de copago</p>  |

## Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por Medicaid y Medicare. Para cada beneficio enumerado, puede ver qué cubre Medicaid y qué cubre nuestro plan. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para obtener más información, como los límites, las exclusiones y las reglas de autorización previa conforme al pago por servicio de Medicaid, puede consultar la lista completa en [www.healthfirstcolorado.com/benefits-services](http://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services).

*Puede haber exclusiones de copago adicionales para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. Si esto se aplica a usted, puede consultar la lista completa de beneficios en [www.healthfirstcolorado.com/benefits-services](http://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services).*

| Categoría de beneficio   | Medicaid  | Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)  |
|--|---|--|
| El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa. |   |  |
| <b>Ambulancia</b>  | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Evaluación de detección de cáncer colorrectal</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Servicios Odontológicos</b>   | \$0 de copago para limpiezas, empastes, conductos radiculares, coronas y dentaduras parciales conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)<br><br>Sin límite dental anual | \$0 de copago por servicios cubiertos hasta \$5,000, el beneficio máximo anual para servicios dentales preventivos e integrales cada año |
| <b>Servicios e insumos para la diabetes†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes</li> <li>• Insumos para diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicio radiológico</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME) †</b><br>Se incluye el oxígeno   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |

| Categoría de beneficio   | Medicaid  | Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)   |
|--|---|---|
| El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa. |   |   |
| <b>Atención de emergencia</b>  | <p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid), si se determina que es una emergencia</p> <p>\$8 por visita si no es una emergencia conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid)</p> | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar afecciones de la audición y el equilibrio</li> <li>• Exámenes de audición de rutina</li> <li>• Adaptación de audífonos o examen de evaluación</li> <li>• Audífonos</li> </ul>                    | <p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde</p> <p>Un conjunto de audífonos cada 3 a 5 años</p>                      | <p>\$0 de copago por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$1,500 del monto máximo de cobertura del plan cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta.</p> |
| <b>Atención médica a domicilio†</b>  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| <b>Centro de cuidados paliativos</b>   | <p>\$0 de copago</p> <p>No más de 9 meses</p>   | Cubierto por Medicare Original  |
| <b>Vacunas</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| <b>Cobertura de los servicios de hospitalización†</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | Sin deducible<br>\$0 de copago  |
| <b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b>   | \$0 de copago   | Sin deducible<br>\$0 de copago  |
| <b>Mamografías</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| <b>Salud mental para pacientes ambulatorios</b>  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |

| Categoría de beneficio   | Medicaid  | Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)  |
|--|---|--|
| El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa. |   |  |
| <b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardíaca (corazón)</li> <li>• Pulmonar (pulmón)</li> <li>• Terapia física†</li> <li>• Terapia ocupacional†</li> <li>• Terapia del habla†</li> </ul>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Servicios/Cirugía Ambulatoria</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Pruebas de Papanicolaou</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Servicios de podología</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice  | \$0 de copago  |
| <b>Medicamentos con receta</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice para medicamentos incluidos en el <i>Formulario de medicamentos</i> y ciertos medicamentos de OTC recetados por un proveedor de Denver Health, y adquiridos en una farmacia de Denver Health<br>\$0 de copago conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid) | Sin deducible<br>\$0 de copago para todos los medicamentos incluidos en el <i>Formulario de medicamentos</i> |
| <b>Atención preventiva</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Atención primaria</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago  |
| <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b>   | \$0 de copago   | \$0 de copago  |
| <b>Dispositivos protésicos†</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice<br>\$1 de copago por visita conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid)   | \$0 de copago  |

| <b>Categoría de beneficio</b>  | <b>Medicaid</b>   | <b>Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)</b>  |
|--|---|---|
| El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa. |   |   |
| <b>Diálisis renal</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice  | \$0 de copago   |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| <b>Atención especializada</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago   |
| <b>Transporte a visitas médicas</b>  | \$0 de copago   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de atención de urgencia</b>   | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de la visión</b>  | \$0 para exámenes oculares conforme con Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid). Un examen por año. Cobertura para anteojos solo después de la cirugía. No hay cobertura para los lentes de contacto a menos que sean médicamente necesarios. | \$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año<br><br>Hasta \$245 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año |
| <b>Radiografías</b>  | \$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  | \$0 de copago   |

### **Llámennos para obtener asistencia**

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

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

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

**Elevate Medicare Advantage** es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, para coordinar sus beneficios de Medicaid.

## Aviso multilingüe

### Servicios de intérpretes multilingües

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Japonés:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-956-2111にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

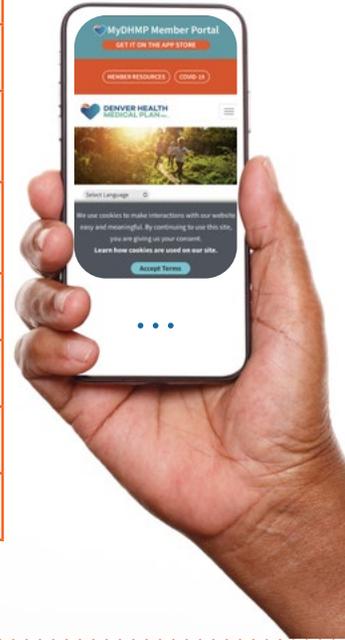


# ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

## NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

|  |                |
|--|----------------|
| Servicios del Plan de Salud (TTY 711)  | 303-602-2111   |
| Servicios de farmacias   | 303-602-2070   |
| Access2Care (transporte):  | 1-877-692-5315 |
| EyeCare Specialties of Colorado (oftalmología)                                 | 303-802-4650   |
| Centro de Citas de Denver Health   | 303-436-4949   |
| Delta Dental de Colorado   | 1-800-610-0201 |
| DispatchHealth (atención de urgencia domiciliaria):                            | 303-500-1518   |
| NurseLine (Línea de Enfermería) las 24 horas del día, los 7 días de la semana: | 303-739-1261   |
| Departamento de Servicios Humanos:   | 720-944-3666   |
| Seguro Social  | 1-800-772-1213 |
| Medicare   | 1-800-633-4227 |
| Health First Colorado (Medicaid):  | 1-800-221-3943 |



*Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.*