



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.™

ELEVATE MEDICARE SELECT (HMO) AÑO DEL PLAN 2026

Condados de Adams, Arapahoe, Denver y Jefferson

Seguro de salud para el viaje de la vida.



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: _____

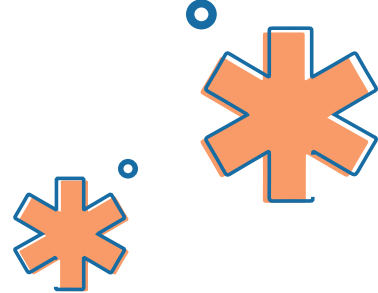
Correo electrónico del agente: _____

¡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)
Médicos y especialistas	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.
Cobertura de medicamentos con receta	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.
Costos totales de desembolso directo	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..

Resumen de beneficios 2026

**Elevate Medicare Select
(HMO)**

H5608-002

**Desde el 1 de enero de 2026
hasta el 31 de diciembre de 2026**

¿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* (EOC) o puede llamarnos para solicitar una copia.



Para inscribirse en nuestro plan, usted debe:

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

Plan médico: qué está cubierto y cuánto cuesta

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

Beneficios y primas	Usted paga
Prima mensual del plan Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si la tiene.	\$0
Deducible	\$0
Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$6,750
Cobertura de servicios de hospitalización† Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado por 60 días consecutivos.	• Días 1 al 5: \$350 de copago por día por cada periodo de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada periodo de beneficios • Días 91 al 150: \$838 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos † Se requiere autorización previa para todas las hospitalizaciones de atención aguda a largo plazo (long-term acute care hospitalizations, LTACH) y rehabilitación aguda.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$0 de copago para diagnóstico de colonoscopia/endoscopia \$275 de copago por otros servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en centros hospitalarios ambulatorios \$205 de copago para otros servicios no quirúrgicos cubiertos por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago para diagnóstico de colonoscopia/endoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio \$200 de copago para otros servicios de cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio cubiertos por Medicare
Visitas al consultorio médico	Visita de atención primaria: \$0 de copago por visita Visita al especialista: \$10 de copago por visita
Atención preventiva	\$0 de copago
Atención de emergencia Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por la misma afección, el costo compartido por la sala de emergencia no se aplica.	\$130 de copago
Servicios de atención de urgencia Cubrimos la atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos. Si se lo ingresa al hospital dentro de los 3 días por la misma afección, el costo compartido de los servicios de atención de urgencia no se aplica.	\$40 de copago

Beneficios y primas	Usted paga
Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes • Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare • Radiografías • Laboratorios cubiertos por Medicare	\$35 de copago para radiografías cubiertas por Medicare \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare <u>Radiología de diagnóstico</u> \$35 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un consultorio \$160 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un centro ambulatorio <u>Radiología terapéutica</u> \$35 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un consultorio \$60 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un centro ambulatorio
Servicios de audición • Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio • Un examen de audición de rutina cada tres años • Adaptación de audífonos o examen de evaluación • Audífonos	\$0 de copago para examen de audición de rutina cada 3 años Cobertura del plan hasta un monto máximo de \$1,500 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) Medicare cubre algunos servicios dentales que están estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.	\$35 de copago por cada servicio dental médicamente necesario cubierto por Medicare
Beneficios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP) Cobertura dental preventiva e integral • Limpiezas (hasta 2 por año calendario). • Exámenes orales (hasta 2 por año calendario). • Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario). • Tratamiento con flúor (1 tratamiento por año). • Empastes (hasta 2 servicios por año calendario). • Consulte la EOC para obtener servicios odontológicos cubiertos adicionales.	Usted paga el 40% del costo total hasta el beneficio máximo anual de \$2,000 por cada visita al consultorio dental integral cubierta. El coseguro no se aplica para servicios de diagnóstico y preventivos hasta el máximo establecido. \$25 de deducible para servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales

Beneficios y primas	Usted paga
Servicios de la visión • Visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares • Examen ocular de rutina complementario cada año • Prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo • Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)	\$0 de copago por un examen ocular de rutina por año Hasta \$220 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 190 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.	• \$350 de copago por día durante los días 1 al 5 • \$0 de copago por día durante los días 6 al 90 • \$838 de copago por día por cada día de reserva de por vida • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$20 de copago
Establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)† Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.	• \$0 de copago por día durante los días 1 al 20 • \$188 de copago por día durante los días 21 al 44 • \$0 de copago por día durante los días 45 al 100 • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
Rehabilitación ambulatoria† • Cardíaca (corazón) • Pulmonar (pulmón) • Terapia ocupacional† • Terapia física† • Terapia del habla†	\$20 de copago por cada visita cardíaca \$15 de copago por cada visita pulmonar \$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional \$25 de copago por cada visita de terapia física y del habla
Ambulancia†	\$250 de copago Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de ambulancia. † Solo se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea de Medicare que no son de emergencia.
Transporte 24 traslados de ida a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan	\$0 de copago hasta el límite de beneficios a través del manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM)

Beneficios y primas	Usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	0% al 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B 0% a 20% del costo total, hasta un máximo de \$35 por mes para medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare † Es posible que se requiera autorización para algunos medicamentos de la Parte B.

Cobertura de medicamentos con receta

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

Etapas de cobertura inicial:

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

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

Nivel	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de envíos por correo (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para la atención a largo plazo (long term care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos selectos)	\$0 de copago	\$0 de copago	N/C	\$0 de copago

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

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

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

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

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

Etapas de cobertura catastrófica

Después de que los costos de desembolso directo anuales de medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista, envíos por correo y entregas a domicilio) alcanzan los \$2,100, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

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

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

† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.

Beneficios adicionales	
Beneficios	Usted paga
Atención quiropráctica Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.	\$15 de copago
Servicios e insumos para la diabetes† • Zapatos y plantillas terapéuticos • Insumos para el control de la diabetes • Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago † Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa Dexcom y algunos de FreeStyle Libre no requieren autorización previa. Todos los demás proveedores requieren autorización.

Beneficios adicionales

Beneficios	Usted paga
FlexCard: <i>Productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</i> Todos los miembros recibirán una tarjeta recargable que tiene una asignación para la compra de productos de salud y bienestar OTC elegibles, y otras recompensas según corresponda. • Los fondos deben utilizarse en comercios minoristas participantes y solo para artículos elegibles. • Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de inscripción. • La asignación del miembro está disponible en su tarjeta recargable al comienzo de cada trimestre (enero, abril, julio y octubre). 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.	• \$40 por trimestre para artículos OTC elegibles

Llámenos para obtener asistencia.

Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito: 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

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

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

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

Aviso de disponibilidad

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-700-8140 (TTY 711) or speak to your provider.

Spanish/Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se ofrecen sin costo herramientas y servicios auxiliares adecuados para brindar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-700-8140 (TTY 711) o hable con su proveedor.

Chinese Mandarin/简体中文: 注意: 如果您使用简体中文, 可免费获得语言协助服务, 也可免费获得适当的辅助设备和服务, 获取无障碍格式的信息。请拨打 1-800-700-8140 (TTY 711) 或联系您的提供者。

Chinese Cantonese/繁體中文: 注意: 如果您使用繁體中文, 可免費獲得語言協助服務, 也可免費獲得適當的輔助設備和服務, 獲取無障礙格式的資訊。請撥打 1-800-700-8140 (TTY 711) 或聯絡您的提供者。

Tagalog/Paalala: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-700-8140 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French/Français: INFORMATION : Si vous parlez Français, des services gratuits d'assistance linguistique vous sont proposés. Des aides et des services auxiliaires adaptés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-700-8140 (TTY 711) ou parlez-en à votre prestataire.

Vietnamese/Việt: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-700-8140 (Người khuyết tật 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German/Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Außerdem können Sie kostenfrei entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten in Anspruch nehmen. Rufen Sie 1-800-700-8140 (TTY 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Korean/한국어: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-700-8140 (TTY 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Russian/РУССКИЙ: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-700-8140 (TTY 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Hindi/हिंदी: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-700-8140 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Polish/Polski: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-700-8140 (TTY 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية:Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-700-8140 (TTY 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Italian/Italiano: ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili supporti adeguati e servizi gratuiti per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama 1-800-700-8140 (TTY 711) o consulta il suo fornitore di servizi.

Portuguese/Português: ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados serviços de assistência linguística sem custos. São também disponibilizados, sem custos, aparelhos e serviços auxiliares adequados para prestar informações em formatos acessíveis. Ligue 1-800-700-8140 (TTY 711) ou fale com o seu prestador de serviços.

French Creole/Kreyòl Ayisyen: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lengwistik yo disponib pou ou sou sit sa. Èd ak sèvis oksilyè adapte yo ki ap pèmèt ou resevwa enfòmasyon yo nan fòm aksèsib yo, yo founi yo tou gratis. Pou jwenn sèvis sa, rele 1-800-700-8140 (TTY 711) oswa kontakte founisè ou an.

Japanese/日本語: 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-700-8140(TTY711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。



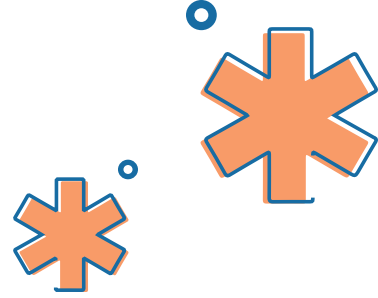
ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

BENEFICIOS EXTRAS



FlexCard:



**Una tarjeta, dos asignaciones
¡cargadas 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 artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) elegibles en las tiendas participantes como Target, King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens, CVS, Costco y Medline.com. Los fondos caducan al final del trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción.

Asignación para OTC:
Hasta \$40 cada trimestre



Recompensas por visita de bienestar anual: \$30 al finalizar 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 calificadores.

Visite [DenverHealthMedicalPlan.org/Medicare-FlexCard](https://denverhealthmedicalplan.org/Medicare-FlexCard) o llámenos al **303-602-2111** (TTY 711).





¡Elevate 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 Select (HMO): Beneficio máximo anual de hasta \$2,000

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: una cada 36 meses



Tratamiento con flúor: uno por año calendario



Empastes: dos empastes en total 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 40% de coseguro por servicios integrales con un deducible de \$25 hasta el monto máximo anual de beneficios.

* 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.

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 \$300 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. Tiene **24 traslados de ida** que pueden utilizarse para visitar cualquier ubicación relacionada con la salud y aprobada por el plan.

CÓMO FUNCIONA:

1. Llame a MTM Health 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 MTM Health o use la aplicación.



¡Llame para programar su traslado hoy! 1-877-692-5315
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Descargue la aplicación móvil de MTM Health.



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



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 _____

PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE **Todos los campos son obligatorios.**	
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).

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.

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 sin costo al 1-800-633-4227 y oprima el 8 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.

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.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales).**

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

☐ Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): \$0 por mes

☐ Elevate Medicare Select (HMO): \$0 por mes

NOMBRE:

APELLIDO:

[Opcional: inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento:

(MM/DD/AAAA)

(/ /)

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Número de teléfono:

()

Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal. Nota: Para las personas que no tienen hogar, un apartado postal puede considerarse el domicilio de residencia permanente):

Ciudad:

[Opcional: condado]:

Estado:

Código postal:

Domicilio postal, si es diferente al domicilio permanente (apartado postal permitido):

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Información sobre Medicare:

Número de Medicare:

____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veterano [VA], TRICARE) además de Elevate Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura

¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid o en el Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: ____ - ____ - ____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener ambos el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Elevate Medicare Advantage.
- Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Elevate Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará mi inscripción de manera automática en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] MA y los planes de cuentas de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] MA).
- Comprendo que cuando comience la cobertura de Elevate Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Elevate Medicare Advantage. Los beneficios y servicios ofrecidos por Elevate Medicare Advantage e incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” de Elevate Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Elevate Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:
 - 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 sección son opcionales.

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

Seleccione uno 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 ☐ CD de datos

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.

Para las personas que ayudan al inscrito a completar este formulario únicamente.

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, representantes, asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico [SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/representantes): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY 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.



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.

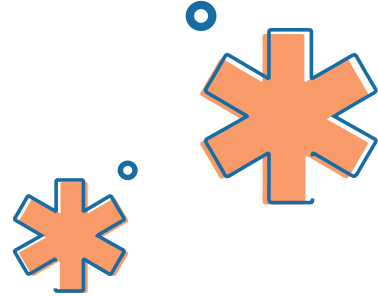
Saque el máximo provecho de sus beneficios

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

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 recibirlas 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:

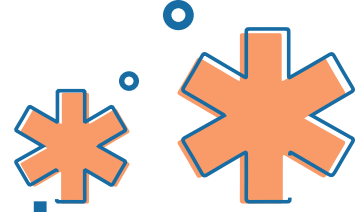
De 8 a.m. a 8 p.m.
De lunes a viernes



¿TIENE PREGUNTAS? LLÁMENOS AL:

303-602-2111

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: _____

Visite nuestro sitio web para obtener detalles sobre el plan:

[DenverHealthMedicalPlan.org/Elevate-Medicare-Advantage/Medicare-Select-Plan-Details](https://denverhealthmedicalplan.org/Elevate-Medicare-Advantage/Medicare-Select-Plan-Details).

Elevate Medicare Advantage Revisión de la *Lista de medicamentos con receta*

[illegible]

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* en DenverHealthMedicalPlan.org 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 PCP un suministro para 100 días; el costo podría ser menor que obtener un suministro para 30 días todos los meses.

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 2026 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 24 traslados de ida gratuitos a través de sus beneficios de Elevate Medicare Advantage. Llame al **1-877-692-5315** para programar su 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 calificadores en lugares como Target, King Soopers, Safeway, Walmart, Walgreens, CVS, Costco y Medline.com 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 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

Asegúrese de revisar su correo y esté atento a la llegada de su nueva tarjeta de id. de miembro de Elevate Medicare Advantage para el año del plan.



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 777 Bannock St., MC 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).

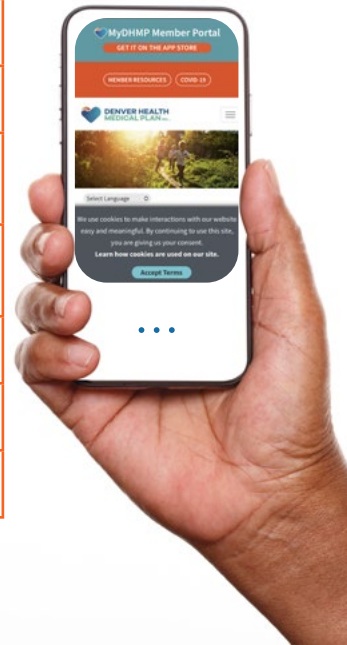


ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE

Denver Health Medical Plan Inc.™

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Servicios del Plan de Salud (TTY 711)	303-602-2111
Servicios de farmacias	303-602-2070
MTM Health (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



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