



## Peak Colorado Option Silver NA



El documento *Resumen de beneficios y cobertura* (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se brindará por separado.

**Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-855-823-8872. Consulte el glosario para obtener definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor o cualquier otro término subrayado. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$4,000 por persona o \$8,000 por familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de deducible pagado por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de farmacia preventiva están cubiertos antes de que alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Es posible que se aplique un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costo compartido y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de la red</u> \$9,000 por persona o \$18,000 por familia	El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta alcanzar el <u>límite de desembolso directo</u> familiar total.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldos</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor">www.denverhealthmedicalplan.org/find-doctor</a> o llame al 1-855-823-8872 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del plan. Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldos</u> ). Su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios. Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir algún servicio.

**Preguntas:** llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los ítems subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

<b>¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u>?</b>	Sí. Se permite la autorremisión para el ginecólogo obstetra y los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de consulta a un <u>especialista</u> para recibir servicios cubiertos si usted obtiene una <u>remisión</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .
 Todos los costos de <u>copago</u> y <u>coseguro</u> que se muestran en esta tabla son los que corresponden después de alcanzar el <u>deductible</u> , si se aplica un <u>deductible</u> .		

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si acude al consultorio de un proveedor de atención médica o a una clínica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$0 de copago por visita	100% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Visita al <u>especialista</u>	\$80 de copago por visita	100% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Visita al consultorio de otro profesional	\$80 de copago para el quiropráctico	100% de <u>coseguro</u>	Se debe recibir atención de un proveedor quiropráctico de Columbine. La cobertura se limita a 20 visitas por año.
	<u>Atención preventiva/evaluación de detección/vacunación</u>	Sin cargo	100% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
<b>Si le hacen una prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	40% de coseguro después de deducible/prueba	100% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [TEP], imágenes por resonancia magnética [IRM])	40% de coseguro después de deducible/prueba	100% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa.

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b> Encontrará más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members">www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members</a> .	Medicamentos preventivos (Nivel 1)	Sin cargo	100% de <a href="#">coseguro</a>	Las medicaciones de atención preventiva se brindan sin costo compartido, independientemente del nivel.  Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.
	Medicamentos genéricos (Nivel 2)	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$10 de copago 90 días: \$20 de copago  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$20 de copago 90 días: \$40 de copago	100% de <a href="#">coseguro</a>	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.
	Medicamentos de marca preferida (Nivel 3)	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$62 de copago 90 días: \$125 de copago  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$125 de copago 90 días: \$250 de copago	100% de <a href="#">coseguro</a>	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
	Medicamentos especializados de marca no preferida/preferidos (Nivel 4)	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$150 de copago 90 días: \$300 de copago  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$300 de copago 90 días: \$600 de copago	100% de <a href="#">coseguro</a>	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.
	<a href="#">Medicamentos especializados (Nivel 5)</a>	Farmacia de Denver Health: 30 días: \$325 de copago 90 días: N/C  Farmacia fuera de Denver Health: 30 días: \$650 de copago 90 días: N/C	100% de <a href="#">coseguro</a>	Cubre un suministro para hasta 30 días (medicamento con receta al por menor); suministro para 31 a 90 días (medicamento con receta de envío por correo).  Los medicamentos que figuran en el <i>Formulario de medicamentos</i> como medicamentos de servicio médico (Nivel 6) tendrán montos de desembolso directo aplicables según el beneficio médico del plan.
Si usted se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	40% de coseguro después de deducible	40% de coseguro después de deducible	-----ninguna-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	40% de coseguro después de deducible	40% de coseguro después de deducible	-----ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$80 de copago	\$80 de copago	-----ninguna-----

Preguntas: Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
<b>Si usted tiene una estadía en el hospital</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
<b>Si necesita servicios relacionados con la salud mental, la salud conductual o para casos de abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	Sin cargo para visitas al consultorio, otros servicios ambulatorios 40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
<b>Si usted está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$0 de copago	100% de <a href="#">coseguro</a>	Las visitas preventivas/prenatales y una visita posnatal tienen un <a href="#">copago</a> de \$0. Los servicios adicionales pueden tener un costo compartido.
	Servicios profesionales/servicios en centros para el parto/alumbramiento	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	-----ninguna-----
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades especiales médicas</b>	<a href="#">Atención médica a domicilio</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	La cobertura se limita a 30 visitas anuales por tipo de terapia.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa. La cobertura se limita a 100 días por año.
	<a href="#">Equipo médico durable</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios en centros de cuidados paliativos</a>	40% de coseguro después de deducible	100% de <a href="#">coseguro</a>	Se requiere autorización previa.

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

Acontecimiento médico común	Servicios que usted puede necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el mínimo).	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo).	
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen ocular infantil	Sin cargo	100% de <u>coseguro</u>	-----ninguna-----
	Gafas para niños	Sin cargo	100% de <u>coseguro</u>	La cobertura se limita a un par por niño de 18 años o menor cada 24 meses.
	Control dental para niños	100% de <u>coseguro</u>	100% de <u>coseguro</u>	La única cobertura dental es el barniz de fluoruro en la visita al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

#### **Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (Revise el documento del plan o la póliza para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- cirugía plástica
- atención dental (adultos)
- atención oftalmológica de rutina (adultos)
- atención a largo plazo
- atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- atención de rutina de los pies
- programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- cirugía bariátrica
- atención quiropráctica
- servicios de aborto
- audífonos
- tratamiento de la infertilidad
- terapia hormonal y procedimientos quirúrgicos para personas transgénero
- enfermería privada (cuando es médica mente necesaria)
- acupuntura

**Sus derechos de continuar con la cobertura:** existen agencias que pueden ser de ayuda si usted desea continuar con la cobertura después de que finalice. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa), o Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguro (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) al 1-877-267-2323, interno 61565, o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Tiene a su disposición otras opciones para continuar con la cobertura, que incluyen adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

**Sus derechos de presentar quejas y apelaciones:** existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja en contra de su [plan](#) por la negación de un [reclamo](#). En tal caso, puede presentar una [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Explicación de beneficios* que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. Los documentos del [plan](#) también contienen toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por el motivo que sea a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con: Elevate Health Plans al 1-855-823-8872 o en [www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members](http://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-current-members), o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que cumpla con los requisitos para una exención del requerimiento de tener cobertura de salud durante ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para un [crédito fiscal para primas](#) que puede ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

---

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

---

**Preguntas:** Llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos del plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura por cuenta propia.

### Peg va a tener un bebé.

(9 meses de atención prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

- El [deductible](#) general del [plan](#): \$4,000
- [Copago del especialista](#): \$80 de copago
- [Coseguro del hospital \(instalaciones\)](#): 40% de coseguro después de deducible
- [Otro coseguro](#): 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)  
Servicios profesionales para el parto/alumbramiento  
Servicios en centros para el parto/alumbramiento  
Pruebas de diagnóstico (ultrasonido, análisis de sangre)  
Visita al especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$4,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	
\$6,470	

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deductible](#) general del [plan](#): \$4,000
- [Copago del especialista](#): \$80 de copago
- [Coseguro del hospital \(instalaciones\)](#): 40% de coseguro después de deducible
- [Otro coseguro](#): 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluidos los servicios de educación sobre enfermedades)  
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)  
Medicamentos con receta  
Equipo médico durable (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$900
Copagos	\$2,200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	
\$3,120	

### La fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deductible](#) general del [plan](#): \$4,000
- [Copago del especialista](#): \$80 de copago
- [Coseguro del hospital \(instalaciones\)](#): 40% de coseguro después de deducible
- [Otro coseguro](#): 100%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Atención en la sala de emergencias (incluidos los insumos médicos)  
Prueba de diagnóstico (radiografías)  
Equipo médico durable (muletas)  
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$2,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	
\$2,700	

## Servicios de acceso en distintos idiomas:

(Español) Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Denver Health Medical Plan, Inc. tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-823-8872.

(Vietnamita) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Denver Health Medical Plan, Inc. quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-823-8872.

(Chino) 如果您或您正在幫助的人有關於Denver Health Medical Plan, Inc. 方面的問題您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息想要 跟一位翻譯員通話請致電 1-855-823-8872.

(Coreano) 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Denver Health Medical Plan, Inc. 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는1-855-823-8872로 전화하십시오.

(Ruso) Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Denver Health Medical Plan, Inc. то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-855-823-8872.

(Amárico) ՀԱՆՈՒՄ: ԹԵՐՊԻԱՆԴՐՈՎՈՅՆԻՆԴՆՈՂՈՅՈՒԹՅՈՒՆ: ԱՆDenver Health Medical Plan, Inc. ԴՐՖԻԼԴԻՍ: ՏԱ ԳՈՅՆԻ ԽԵԹ ՈՓԵՔՎ ՀԿԲԻՒՆ ՄՈՀԵՑ ՔՊՊՇԴՆ ՄՈՌԴ ՀԼՇՎՈՒ: ԽՀՈՒՅՉՅՈՎ ՀԸ ԱՄՊԻՇՈՅ: 1-855-823-8872 ՔՐՄՐՈՒ:

نن اك ككبيددل ووأى ددل صص خش هددعاستة لئسأً صوص خب دلDenver Health Medical Plan, Inc. (Árabe)

الاتصال بـ 1-855-823-8872.

(Alemán) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Denver Health Medical Plan, Inc. haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-823-8872 an.

(Francés) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Denver Health Medical Plan, Inc. vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète,appelez 1-855-823-8872.

(Nepali) यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गर्दै, वा कहेलाई मद्दत गर्दै हुनुहुन्छ, **Denver Health Medical Plan, Inc.**

बारे इश्वरी छन् भने आफ्नो मातृभाषामा निश्चलक सहायता वा जानकारी पाउने अधिकार छ। दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग लुरा गर्नुपरे 1 855 823 8872 मा फोन गर्नुहोस्।

(Tagalog) Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Denver Health Medical Plan, Inc. may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-855-823-8872.

(Japonés) ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも Denver Health Medical Plan, Inc.

についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話しされる場

**Preguntas:** llame al 1-855-823-8872 o visítenos en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org). Consulte el glosario para ver los artículos subrayados. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 1-855-823-8872 para solicitar una copia.

合、1-855-823-8872までお電話ください。

(Cushite) Isin yookan namni bira isin deeggartan Denver Health Medical Plan, Inc. irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkofsa bilbilaa 1-855-823-8872 tiin bilbilaa.

لله صالح س.س.امد 8872-823-855-855 ددیبیامد تتفاییرردد ننلگکیارر رروووط ۴۴ ارر ددوخون باز

(Kru) I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Denver Health Medical Plan, Inc. U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-855-823-8872.