Denver Health Medicaid Choice

MANUAL PARA AFILIADOS

DENVER HEALTH
Medicaid Choice
Level One Care for ALL

1100_handbook
Revised 12_11

Índice

¡Bienvenido a DHMC! 1

"¿Qué es un PCP?" 1
Su DHMC y Tarjetas de Identificación Medicaid 1
Si pierde sus Tarjetas de Identificación 1
Dónde puede recibir atención médica 3

Cómo funciona su plan 4

Conozca a su Equipo de Plan de Salud de DHMC 4
Cómo obtener información acerca de los proveedores 4
Cómo escoger a un PCP de DHMC 4
Cómo cambiar su PCP 4
Inscripción y cancelación de la inscripción 4
Inscripción abierta 5
Dónde puede recibir atención médica 4
¿Por qué no soy capaz de ser un afiliado de DHMC? 5
Cómo conseguir una reterido para ver a un especialista 5
Facturas médicas 5
Protéjase a usted mismo y a Medicaid contra los fraudes en la facturación 5
¿Cuándo debo pagar por la atención médica que recibo? 6
¿Cuando no debo pagar por los servicios? 6
Si cambian sus beneficios, proveedor o servicios 6
Planes de Incentivos a los Médicos 6
DMHC debe ser justo con usted 6
Cuando un tercero cause sus lesiones o enfermedad 7
¿Qué son las Directivas Médicas Anticipadas (Advance Medical Directives)? 7
Apoderado para Tomar Decisiones 8
Sustituto responsable de las Decisiones de Beneficios de Salud 8
Privacidad 8
Uso de un Representante de Designado porel cliente (Designated Client Representative (DCR)) 8
Formar parte del Comité Asesor del Consumidor 8
Usted y su proveedor 8

Sus derechos y responsabilidades 9

Sus derechos 9
Sus responsabilidades 9

Cómo recibir atención médica 10

Atención médica de emergencia 10
Atención médica de urgencia 10
Atención médica post-estabilización 10
Atención médica preventiva y de rutina 11
Cómo programar una cita 11
Normas para Citas de DHMC 11
Farmacia 11

Cómo recibir atención médica cuando se encuentre fuera de su hogar 12

Recetas cuando se encuentre fuera de casa 12

Atención médica para la mujer 13

Ver a un obstetra y ginecólogo 13
Planificación familiar 13
Examen de diagnóstico de cáncer cervical 13
Examen de diagnóstico de cáncer de mama 13
Atención médica durante el embarazo 13
WIC, por sus siglas en inglés – Women, Infants and Children's Food Program (Programa de alimentos para mujeres, infantes y niños) 13
Alcohol, drogas y embarazo 13

Atención médica para niños 14

Como inscribir a su recién nacido en DHMC 14
Inmunizaciones durante la niñez y la adolescencia 14
EPSDT (Exámenes periódicos de salud del niño, vacunas, atención médica dental) 14

Programas Especiales de Atención Médica 15

Programas Especiales de Atención Médica para Afiliados Nuevos 15
Asistencia de la Salud 15
Manejo de casos 15
Gestión de utilización 16
Vacunas contra la influenza (gripe) 16

Sus beneficios de DHMC 17

Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medicaid Choice 19

Servicios extras 20

Servicios de salud mental 20
Transporte 20
Beneficios "integrales" 20
Servicios no cubiertos 20

Calidad 20

Quejas 21

¿Qué es una queja? 21
Qué hacer si tiene una queja 21
Después de presentar una queja 21
Si necesita ayuda para presentar una queja 21
Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja 21

Apelaciones 22

¿Qué es una carta de aviso de acción? 22
Aviso anticipado de acción 22
¿Qué es una apelación? 22
Cómo presentar una apelación 22
Cómo presentar una apelación acelerada (rápida) 22
Después de presentar una apelación 23
Cómo extender los marcos de tiempo de las apelaciones 23
Cómo obtener ayuda para presentar una queja 23
Audiencia justa del Estado 23
Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia justa del Estado 24

Formulario de queja para uso del afiliado 25

Formulario de apelación para uso del afiliado 27

Cómo designar a un representante personal 29

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	
EMERGENCIAS: LLAME AL 9-1-1	
Línea de consejos de enfermeria	303-739-1261
Para programar una cita:	
Línea de citas	303-436-4949
Para hablar con un gestor de casos o con un asistente de la salud	
Apoyo a la atención médica	303-602-2070, opción 2
Para saber más sobre de los beneficios, cómo presentar una queja o apelación o si tiene una duda pero no sabe a quién recurrir:	
Servicios al Afiliado	303-602-2116
TTY/TDD	303-602-2129
Número gratuito	800-700-8140
TTY/TDD gratuito	866-538-5288
Fax	303-602-2138
Para verificar el estado de su solicitud de autorización de servicio:	
Gestión Médica	303-602-2140
Departamento de Farmacia (para autorizaciones de farmacia)	303-602-2070, opción 1
Para obtener información sobre los proveedores de DHMC:	
Oficina del Personal Médico	303-436-5720
Para resurtir sus recetas en una farmacia de Denver Health:	
Línea de Surtido de Recetas	866-347-3345
Para despejar dudas acerca de la inscripción/desinscripción:	
HealthColorado	303-839-2120
Fuera del área metropolitana de Denver	888-367-6557
Para obtener información sobre audiencias justas del Estado:	
Oficina Administrativa de los Tribunales	303-866-2000
Para obtener ayuda sobre como presentar una queja:	
Servicios al Afiliado de DHMC	Ver arriba
Defensor del pueblo de DHMC	303-830-3560
Número gratuito	877-435-7123
TTY/TDD gratuito	888-876-8864
Para obtener información acerca de un proveedor:	
Consejo Estatal de Examinadores Médicos de Colorado	303-894-7434
Para obtener información acerca de un(a) enfermero/a	
Consejo Estatal de Enfermería de Colorado	303-894-7888
Otros números telefónicos:	
Línea de Atención al Cliente de Medicaid del Estado de Colorado	303-866-3513
Número gratuito	800-221-3943

Bienvenido a Denver Health Medicaid Choice (DHMC). DHMC se enorgullece de tenerlo como afiliado. Este libro lo ayudará a obtener los servicios que necesite. Es su guía hacia la atención médica.

Este libro le indicará:

- Sus beneficios,
- Programas especiales,
- Sus derechos y responsabilidades,
- Cómo obtener los servicios que necesita,
- Números de teléfono y
- Mucho más

Este manual del afiliado no brinda información detallada acerca de los proveedores de DHMC. Utilice el Directorio de Proveedores de DHMC para obtener una lista de proveedores de atención médica que trabajan para DHMC. El Directorio de Proveedores muestra información tal como nombres, ubicaciones, el idioma en que habla el proveedor y los tipos de doctores y otros proveedores de salud en el plan de DHMC. Usted puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en www.dhmedicaidchoice.com o puede solicitar un Directorio de Proveedores en papel comunicándose con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116.

DHMC está para ayudarlo. Si no puede encontrar las respuestas en este libro, o tiene dudas, comuníquese con Servicios al Afiliado.

Gracias por elegir ser un afiliado de DHMC.

Usted tiene derecho a un nuevo manual del afiliado y a todos los hechos en el manual en cualquier momento. Si necesita un nuevo manual comuníquese con Servicios al Afiliado.

Este manual, y toda la demás información, se encuentra disponible en otros idiomas, en Braille, en impresiones grandes y audiocintas. Comuníquese con Servicios al Afiliado si necesita este manual y cualquier otra información en un idioma o formato diferente.

DHMC brinda servicios de interpretación gratuitamente para nuestros afiliados en varios idiomas. Si desea utilizar a un intérprete durante sus visitas clínicas, comuníqueselo al representante del Centro de Citas al programar su cita (el número telefónico se encuentra en la página "Números telefónicos importantes" de este manual). Si desea utilizar un intérprete para cualquier otra necesidad de atención médica, comuníquese con Servicios al Afiliado.

DHMC también ofrece servicios TDD/TTY para aquellos con impedimentos auditivos. El número telefónico TDD/TTY para Servicios al Afiliado se encuentra listado en la página "Números telefónicos importantes" en el frente de este manual. Si usted necesita un intérprete de lenguaje de señas u otro tipo de asistencia durante sus visitas clínicas, comuníqueselo a Servicios al Afiliado antes de la fecha de su cita para poder hacer los arreglos pertinentes con un intérprete.

DHMC es un Plan de Atención Médica gestionado por Medicaid. El Departamento de Atención Médica y Financiamiento de Colorado (Colorado Department of Health Care Policy and Financing (HCPF)) supervisa los programas Medicaid and Child Health Plan *Plus*. Comuníquese con Servicios al Afiliado si desea obtener más detalles acerca de la estructura y funcionamiento de DHMC.

"¿Qué es un PCP?"

Un PCP (**P**roveedor de **A**tención **P**rimaria) es su proveedor habitual quien lo atiende durante las visitas programadas habituales.

Su DHMC y Tarjetas de Identificación Medicaid

Usted necesita llevar consigo su tarjeta de Identificación DHMC o su tarjeta de Identificación Medicaid al visitar a su proveedor, recoger un medicamento en la farmacia o por cualquier otro servicio de salud. Si no lleva sus tarjetas posiblemente no reciba atención médica. Su tarjeta DHMC posee el nombre y el número telefónico de su **PCP**.

Si pierde sus Tarjetas de Identificación

Si pierde su tarjeta Medicaid debe comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales/Humanos de su condado para obtener un reemplazo de la misma.

En Español

DHMC ha traducido esta guía al español y está disponible en letra grande, de ser solicitada. Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o al número TTY 303-602-2129.

Si pierde su tarjeta de Identificación DHMC, comuníquese con Servicios al Afiliado y le repondrán una nueva.

Tarjeta Medicaid del Estado de Colorado

Sample A Sample
A123456

Department of Health Care Policy and Financing

Present this card every time you receive medical services.

Questions?
- Call Customer Service at 303-866-3513 within Metro Denver or 1-800-221-3943 outside Metro Denver, Monday - Friday, 8 - 5, excluding holidays.
- Call 1-800-QUIT.NOW (1-800-784-8669) for help to quit smoking.
- **Call 1-800-283-3221 (24 Hour Nurse Advice Line) for help deciding what to do when you are sick and cannot call your doctor or other health provider.**

In a life threatening emergency, dial 911 or go to the nearest emergency room.
This card does not guarantee eligibility or payment for services

Providers:
- Verify the identity and eligibility of the cardholder.
- Request prior authorization when pre-approval of services is required.

Frente

Departamento de Servicios de Salud Política y Financiamiento

Muestre esta tarjeta cada vez que reciba servicios médicos

¿Preguntas?
- En el área de Denver, llame al Servicio de atención al cliente al 303-866-3513, y fuera del área metropolitana, al 1-800-221-3943, de lunes a viernes, de 8-5, excepto los días festivos.
- Llame al 1-800-784-8669 para recibir ayuda para dejar de fumar.
- **Llame a la Línea de Consejos de Enfermería al 1-800-283-3221 para hablar con una enfermera acerca de sus preguntas sobre la salud si no puede contactar a su proveedor de servicios médicos.**

En caso de una emergencia con peligro de muerte, marque el 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Esta tarjeta no garantiza que el cliente sea elegible o que pueda optar al pago de los servicios.

Proveedores:
- Verifique la identidad del portador de esta tarjeta y el hecho de que sea elegible para recibir este servicio.
- Pida autorización de antemano cuando se requiera.

Reverso

Tarjeta de DHMC

DENVER HEALTH Medicaid Choice

Denver Health Medicaid Choice

Card issued:
Member ID#:
Member Name:
Group #
Medical Record #:
DH Payer Plan: Z10

MedImpact

RxBIN 003585
RxPCN ASPROD1
RxGrp DHM02
Pharmacy #:

Copays In Network
$0
Out of Network
ER/UC
$0

Medical Home:
Address:
Telephone:
Language:

Prior authorization required for Surgery, Inpatient, DME, and SNF

Frente

In case of emergency call 911 or go to the nearest hospital emergency room. Notification is required within 48 hours of receiving emergency services. FAILURE TO CALL MAY AFFECT BENEFITS

This card does not prove membership or guarantee coverage.

Member Services: 303-602-2116
1-877-956-2116
TTY/TDD Line: 303-602-2129
1-866-538-5288

Central appt line: 303-436-4949
Pre-certification: 303-602-2140
NurseLine: 303-739-1261
www.dhmedicaidchoice.com

Medical Providers
Eligibility/Prior Auth/Mental Health: 303-602-2140

Pharmacy Providers
MedImpact Help Desk: 800-788-2949
Rx Auths: 303-602-2070 #1

Paper claims: PO Box 262249 • Plano, Texas 75026 • EDI Payor ID #84133

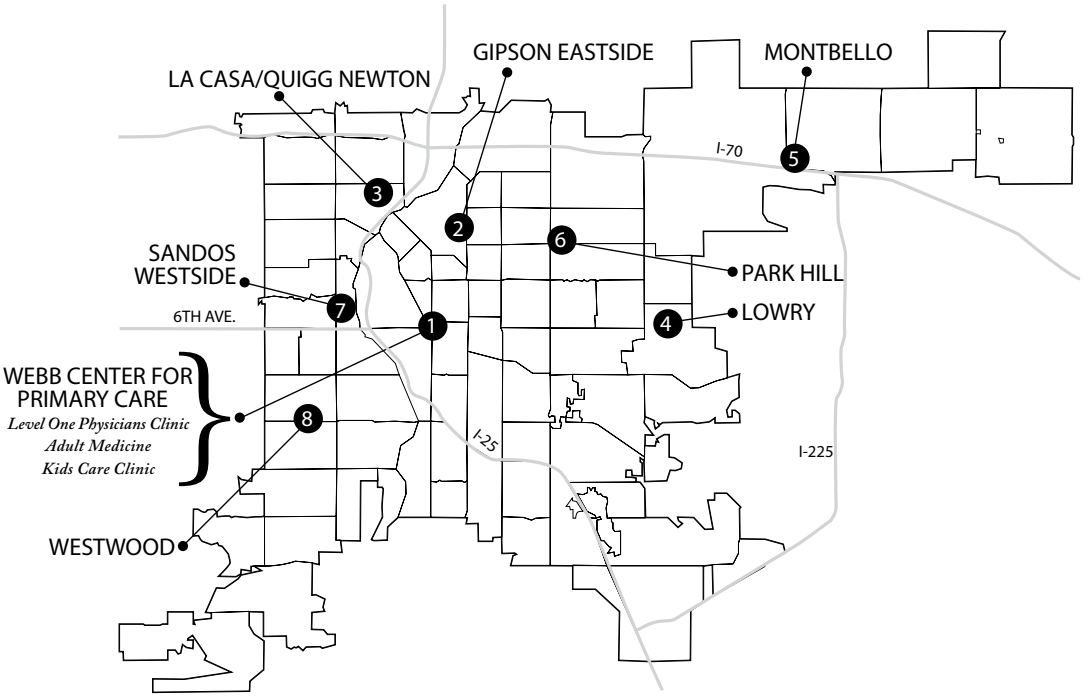
Reverso

Debe mostrar ambas tarjetas para recibir atención médica.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

Dónde puede recibir atención médica

Abajo hay una lista de las clínicas de Denver Health donde puede recibir atención médica. Estas clínicas forman parte de la red de DHMC. Usted puede ver cualquier proveedor de la red de DHMC (algunos proveedores especialistas requieren una derivación primero - vea "Derivaciones" para obtener más información). Para obtener información acerca del horario de atención médica de las clínicas o información general acerca de una clínica, comuníquese con la clínica al número que figura abajo. Comuníquese con el Centro de Citas llamando al (303) 436-4949 si necesita programar una cita para una visita clínica. En la mayoría de los casos, debe asistir a estas clínicas de Denver Health para satisfacer sus necesidades de atención médica.



FAMILY HEALTH CENTERS

WELLINGTON WEBB CENTER FOR PRIMARY CARE
301 W. 6th Ave.

LEVEL ONE PHYSICIANS CLINIC	303.602.8270
ADULT MEDICINE CLINIC	
Burgundy	303.602.8070
Green Team	303.602.8080
KIDS CARE CLINIC	303.602.8340

GIPSON EASTSIDE
501 28th St. 303.436.4600

LA CASA/QUIGG NEWTON
4545 Navajo 303.436.8700

LOWRY
1001 Yosemite St.
Suite 100 303.436.4545

MONTBELLO
12600 E. Albrook Dr. 303.602.4000

PARK HILL
4995 E. 33rd Ave. 303.602.3720

SANDOS WESTSIDE
1100 Federal Blvd 303.436.4200

WESTWOOD
4320 W Alaska Ave 720.956.2900

HOSPITAL

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
777 Bannock St. 303.436.6000

ADULT URGENT CARE WALK-IN CLINIC
777 Bannock St. 303.602.2822

PEDIATRIC URGENT CARE CLINIC
777 Bannock St. 303.602.3300

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

Dónde puede recibir atención médica

Centros de Salud basados en Escuelas

Los Centros de Salud basados en Escuelas son clínicas de DHMC ubicadas en algunas escuelas elementales, medias y secundarias de Denver. Cada una de las escuelas listadas posee un Centro de Salud basado en Escuelas. Los afiliados de DHMC inscritos en cualquiera de las escuelas listadas pueden recibir atención médica en sus Centros de Salud basados en Escuelas.

Abraham Lincoln High School
2285 S. Federal Blvd 720-423-5020

Bruce Randolph Middle School
3955 Steele St..... 720-424-1232

John F. Kennedy High School
2855 S. Llamar al..... 720-423-4355

Kepner Middle School
911 S. Hazel Ct 720-424-0126

Kunsmiller Middle School
2250 S. Quitman Way.....720-424-0156

Lake Middle School
1820 Lowell Blvd..... 720-424-0281

Manuel High School
1700 East 28th Avenue 720-423-6435

Martin Luther King Jr. Early College
19535 E. 46th Ave 720-424-0476

Montbello High School
5000 Crown Blvd..... 720-423-5808

North High School
2960 N. Speer Blvd.....720-423-2718

Rachel Noel Middle School
5290 Kittredge St..... 720-424-0909

South High School
1700 E. Louisiana Ave. 720-423-6260

West High School
951 Elati 720-423-5456

1 *Cómo funciona su plan*

Conozca a su Equipo de Plan de Salud de DHMC

DHMC invita a todos sus afiliados todos los meses para asistir al Almuerzo de Nuevos Afiliados de DHMC (DHMC New Member Lunch). Esta es una reunión en donde los afiliados de DHMC, nuevos y existentes, pueden conocer al equipo real de DHMC para aprender más acerca de los beneficios, servicios y otra información útil de DHMC.

¡Se provee almuerzo para todos los que asistan y las preguntas son bienvenidas! Comuníquese con Servicios al Afiliado si tiene interés en asistir al próximo Almuerzo de Nuevos Afiliados de DHMC (DHMC New Member Lunch).

Cómo obtener información acerca de los proveedores

Puede llamar al consultorio de su proveedor o a

- Servicios al Afiliado;
- HealthColorado;
- Junta Estatal de Examinadores Médicos de Colorado (Colorado State Board of Medical Examiners) al 303-894-7434 (si su proveedor es un médico); o
- Junta Estatal de Enfermería de Colorado (Colorado State Board of Nursing) al 303-894-7888 (si su proveedor es un enfermero)

Cómo escoger a un PCP de DHMC

Usted debe escoger a un PCP o Institución Médica enseguida. Usted puede revisar su Directorio de Proveedores de DHMC para obtener una lista de proveedores y clínicas de DHMC para escoger a su PCP o Institución Médica. Comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener una copia del Directorio de Proveedores de DHMC u obténgala en línea en www.dhmedicaidchoice.com.

Usted debe comunicarse con Servicios al Afiliado para conocer que PCP o Institución Médica desea ver para su atención médica. Si no escoge un PCP o Institución Médica, DHMC le asignará la clínica familiar DH más cercana. En la sección 'Dónde obtener atención médica' hay una lista de todas las clínicas DH.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP o Institución Médica en cualquier momento. Servicios al Afiliado puede ayudarlo. Comuníquese con Servicios al Afiliado y dígales que necesita cambiar su PCP o Hogar Médico.

Inscripción y desinscripción

Ser afiliado de DHMC es su opción. Usted puede desinscribirse de DHMC por cualquier motivo cuando:

- Usted sea un afiliado de DHMC nuevo y ha estado en DHMC durante 90 días o menos
- Usted se encuentre en su período de Inscripción Abierta (ver Inscripción Abierta para más detalles).
- Usted pierda su período de Inscripción Abierta porque perdió su elegibilidad Medicaid durante un período corto de tiempo

También puede solicitar desinscribirse de DHMC en cualquier momento por estas razones:

- Se muda del área de cobertura de DHMC (Condados de Adams, Arapahoe, Jefferson y Denver),
- DHMC no es capaz de brindarle servicios debido a cualquier objeción moral o religiosa,
- Usted necesita recibir dos (2) o más servicios a la vez, pero uno de los servicios no se encuentra cubierto por DHMC, y su proveedor le informe a DHMC que debe recibir los servicios al mismo tiempo,
- Se ha inscrito en DHMC por error,
- Usted siente, y HCPF asiente, que recibe una calidad de atención médica pobre, falta de acceso a los servicios de DHMC o falta de acceso a los tipos de proveedores que usted necesita,
- Su PCP abandona la red DHMC,
- Usted es un residente de atención médica institucional a largo plazo (como ser una residencia para enfermos terminales o un centro de enfermería especializada),

- Su seguro primario es un plan Medicaid que no es uno de los planes de Denver Health Madicare (y DHMC es su seguro secundario),
- Usted es un menor bajo la custodia del estado,
- Usted se encuentra con atención médica a largo plazo basado en la comunidad (atención médica que recibe en su hogar o en su comunidad) u
- Otras razones aprobadas por el HCPF.

DHMC posiblemente le solicite desinscribirse del plan de DHMC. DHMC puede obtener el permiso del HCPF para desinscribirlo por cualquiera de las siguientes razones:

- Internación en una institución debido a una enfermedad mental, adicción a las drogas,
- Ubicación en una institución correccional (cárcel, prisión),
- Usted posee cobertura de salud aparte de Medicaid,
- Usted se encuentra en un plan Medicaid u otro plan de salud que no pertenece a un plan de DHMC,
- Condición de elegibilidad para bienestar del niño o recepción de beneficios de Medicare,
- Usted brinda información incorrecta o incompleta a DHMC intencionalmente acerca de usted mismo, y dicha información lo afecta en su condición de inscripción o
- Cualquier otra razón dada por DHMC y con la que el HCPF esté de acuerdo.

Su proveedor posiblemente le solicite desinscribirse del plan de DHMC. Su proveedor puede solicitarle desinscribirse por cualquiera de estas razones:

- Falta continuamente a las citas que programa con su proveedor,
- No respeta el plan de tratamiento que acordaron usted y su proveedor,
- No respeta las reglas de DHMC (listadas como sus Responsabilidades del Afiliado en este manual) o
- Es abusivo con sus proveedores, personal de DHMC u otros afiliados de DHMC.

Su proveedor debe darle una (1) advertencia oral antes de que pueda solicitar su desinscripción por estas razones. Si continua con su comportamiento, DHMC le enviará una notificación por escrito. La advertencia por escrito lo notificará acerca de la razón de la advertencia. También le comunicará que será desinscripto de DHMC si continúa con su comportamiento.

Si usted es abusivo con su proveedor, personal de DHMC u otros afiliados de DHMC, DHMC le dará una advertencia oral y posiblemente lo desinscriba sin enviar una carta de advertencia.

Para inscribirse o desinscribirse de DHMC debe comunicarse con HealthColorado. Su número telefónico se encuentra en la sección “Números telefónicos importantes” de este manual. HealthColorado y HCPF manejarán todas sus necesidades de inscripción y desinscripción.

Inscripción abierta

Tiene noventa (90) días calendario a partir del día en que se convierte en afiliado de DHMC para cambiar a un plan de salud diferente por cualquier motivo. También tiene un marco de tiempo de dos (2) meses (los 2 meses anteriores a su mes de cumpleaños) para cambiarse de DHMC a un plan de salud diferente por cualquier motivo. Estos marcos de tiempo se conocen como período de Inscripción Abierta.

DHMC le enviará una carta recordatorio cuando se encuentre en su período de Inscripción Abierta. Durante este tiempo usted puede optar por permanecer en DHMC o escoger un plan de salud diferente.

¿Por qué no soy capaz de ser un afiliado de DHMC?

Usted no es capaz de recibir servicios a través de DHMC cuando:

- Usted pierde la elegibilidad para Medicaid,
- Se muda de Colorado durante más de treinta (30) días,
- Se une a otro plan de salud y/o
- Se muda a un condado fuera del área de cobertura de DHMC (condados de Denver, Arapahoe, Adams y Jefferson).

Cómo conseguir un reterido para ver a un especialista

Usted necesita un reterido de su PCP para ver a algunos tipos de especialistas (proveedores expertos en una o más áreas de atención médica de la salud). Un reterido es lo que su PCP utiliza para solicitar la aprobación de DHMC para visitar a ciertos especialistas. También necesita un reterido de su PCP antes de que pueda recibir ciertos tipos de servicios o antes de ver a ciertos proveedores fuera de DHMC. Si no recibe un reterido de su PCP antes de ver a estos especialistas u recibir estos servicios, posiblemente deba pagar por la atención médica que reciba.

Usted no necesita un reterido:

- Para un examen ocular de rutina con un oculista de DHMC
- Para ver a un obstetra/ginecólogo (un proveedor que trata sólo a mujeres debido a razones reproductivas) para exámenes anuales
- Para servicios de planificación familiar o proveedores de planificación familiar (dentro o fuera de DHMC)
- Para atención médica de emergencia o urgencia (dentro o fuera de DHMC)

Comuníquese con Servicios al Afiliado o Gestión Médica para obtener más información acerca de las derivaciones.

Facturas médicas

DHMC paga por todos sus servicios cubiertos. Nunca debe recibir una factura de un proveedor si el servicio se encuentra cubierto por los beneficios de DHMC. Posiblemente deba pagar por un servicio si DHMC no lo cubre o si el servicios lo brinda un proveedor fuera de DHMC sin obtener la derivación primero (ver “Cómo conseguir una derivación para ver a un especialista” para obtener más información). Comuníquese con Servicios al Afiliado si recibe una factura de un proveedor.

Protéjase a usted mismo y a Medicaid contra los fraudes en la facturación

La mayoría de los proveedores que trabajan con Medicaid son honestos. Por desgracia, posiblemente algunos no lo sean.

Medicaid trabaja para protegerlo. El fraude a Medicaid sucede cuando se cobran a Medicaid por servicios o suministros que nunca recibió. Cada año Medicaid pierde mucho dinero debido a los fraudes. Esto hace que la atención médica sea más cara para todos.

Estos son ejemplos de posibles fraudes médicos:

- Un proveedor de atención médica cobra a Medicaid servicios que usted nunca obtuvo.
- Un proveedor de suministros cobra a DHMC por un equipo diferente al que usted recibió.
- Alguien utiliza la tarjeta de Medicaid de otra persona para obtener atención médica, suministros o equipos.
- Alguien cobra a Medicaid por equipos médicos en el hogar después de que los mismos han sido devueltos.
- Una empresa utiliza información falsa para engañarlo a que se una a un plan de Medicaid.

Si cree que un plan o proveedor de Medicaid lo ha engañado, comuníquese con Servicios al Afiliado de DHMC llamando al 303-602-2116, 1-800-700-8140 los usuarios de TTY deben llamar al 303-602-2129.

Guarde los comprobantes de pago que le den los proveedores cuando reciba servicios de atención médica. Use sus comprobantes de pago para controlar los errores. Esto incluye cualesquiera registros que listen los servicios que recibió o los pedidos de medicamentos que presentó. Esto es lo que puede hacer si sospecha de fraude en la facturación:

1. Comuníquese con su proveedor de atención médica para asegurarse de que el comprobante de pago sea correcto.
2. Llame a Servicios al Afiliado de DHMC al (303) 602-2116; 1-800-700-8140; Los usuarios de TTY deben llamar al 303-602-2129.
3. Comuníquese con el Departamento de Atención Médica y Financiamiento de Colorado llamando al 303-866-2993, 1-800-221-3943, Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-659-2656.
4. Comuníquese con la línea de ayuda del Inspector General llamando al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-377-4950. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov.

¿Cuándo debo pagar por la atención médica que recibo?

- Si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos de América,
- Si va a ciertos especialistas sin la aprobación de DHMC,
- Si ve a ciertos proveedores fuera de DHMC sin la derivación de su PCP,
- Si recibe atención médica que no sea un beneficio cubierto,
- Si no respeta las reglas de la farmacia o
- Si hay un fraude o el servicio va en contra de la ley.

Si necesita ayuda para decidir si un servicio o proveedor se encuentra cubierto por DHMC, comuníquese con Servicios al Afiliado.

¿Cuando no debo pagar por los servicios?

Si un proveedor no obtiene la aprobación de DHMC cuando reciba servicios, no pueden solicitarle que pague por los mismos. Los proveedores no pueden hacerle pagar porque no recibieron el pago por parte de DHMC por los servicios por usted recibidos.

Si cambian sus beneficios, proveedor o servicios

DHMC le comunicará por escrito siempre que haya un cambio significativo (grande e importante) en cualquiera de estos:

- Sus derechos de desinscripción
- Información de proveedor
- Sus derechos y responsabilidades
- Procesos de queja, apelación o audiencia justa del estado
- Beneficios disponibles para usted a través de DHMC
- Beneficios disponibles para usted que no sean a través de DHMC
- Cómo obtener sus beneficios, incluyendo los requisitos de autorización y beneficios de planificación familiar
- Servicios de atención médica de emergencia, urgencia y post-estabilización
- Derivaciones para atención médica especializada
- Costos compartidos
- Objeciones morales y religiosas

DHMC le comunicará acerca de estos cambios con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vigencia prevista para estos cambios.

Puede comunicarse con la Oficina del Personal Médico llamando al 303-436-5720 si desea obtener más información acerca de los proveedores que lo atienden, como ser su título, formación y licencia(s) que posean.

Planes de Incentivos a los Médicos

DHMC no utiliza un Plan de Incentivo a los Médicos Esto significa que DHMC no les paga más dinero a los proveedores para que usted reciba menos servicios de atención médica, o les paga menos dinero a los proveedores que le brinden más servicios de atención médica. Si desea más información sobre esto, llame a Servicios al Afiliado.

DMHC debe ser justo con usted

DHMC no le prohibirá los servicios cubiertos o no tomará medidas contra usted (como por ejemplo desinscribirlo de DHMC) debido a su:

- raza,
- color,
- condición de hombre o mujer,
- edad,
- religión,
- valores políticos,
- nacionalidad,
- idioma,
- orientación sexual o
- discapacidad.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

Cuando un tercero cause sus lesiones o enfermedad

Sus lesiones o enfermedad puede ser causada por un tercero La parte que causó su lesión o enfermedad ("parte responsable") puede ser otro conductor, su empleador, una tienda, un restaurante o alguien más. Usted acuerda que si un tercero le causa una lesión o enfermedad:

- Denver Health Medicaid Choice ("DHMC") puede cobrarle los beneficios directamente a la parte responsable o a la empresa de seguros de la parte responsable.
- Usted comunicará a DHMC dentro de los 30 días de haberse lesionado o enfermado:
- Si un tercero causa su lesión o enfermedad.
- Los nombres de la parte responsable y la empresa de seguros del tercero.
- El nombre del abogado que haya contratado para cobrarle a la parte responsable.
- Usted o su abogado notificará a la compañía de seguros de la parte responsable que:
- DHMC ha pagado y/o esta en el proceso de pagar sus facturas médicas.
- La compañía de seguros debe comunicarse con DHMC para discutir el pago a DHMC.
- La compañía de seguro debe pagarle a DHMC antes de pagarle a usted o a su abogado.
- Ni usted ni su abogado deben llegar a un acuerdo con la compañía de seguros para que no pague por completo a DHMC.
- Ni usted ni su abogado cobrarán dinero por parte de la compañía de seguros hasta que DHCM haya recibido la totalidad del pago. Estos se aplican incluso si el dinero del seguro a pagar se refiere a daños por dolor y sufrimiento, salarios no percibidos u otros daños.
- Si la compañía de seguros le paga a usted o a su abogado y no a DHMC, usted o su abogado tendrán que pagarle a DHMC hasta haber saldado la deuda por los beneficios. DHMC no debe pagarle a su abogado ningún honorario o costos por el cobro del dinero del seguro.
- DHMC tendrá una retención automática (el derecho a cobrar) sobre cualquier dinero que la compañía de seguros le deba a usted o que haya sido pagado a su abogado. DHMC notificará a las otras partes acerca de la retención.
- DHMC le dará a la compañía de seguros y a su abogado cualquier registro de DHMC necesario para el cobro. Si se solicita, usted acuerda firmar un permiso para proveer los registros de DHMC a la compañía de seguros y a su abogado. Si se solicita, usted acuerda firmar cualesquiera otros papeles que ayuden a DHMC a recibir su pago.
- Usted y su abogado le proveerán a DHMC cualquier información acerca de su reclamo contra la parte responsable. Usted y su abogado notificarán a DHMC acerca de cualquier acuerdo con, o demandas contra, la parte responsable y la compañía de seguros del tercero.
- Usted y su abogado no harán nada para dañar la capacidad de DHMC para cobrar por parte de la compañía de seguro los beneficios pagados.
- Usted le deberá a DHMC cualquier dinero que DHMC sea incapaz de cobrar debido a la falta de ayuda o interferencia de su parte o de su abogado. Usted accede a pagar a DHMC cualquier honorario y costos de abogados que DHMC deba pagar para poder cobrar este dinero de usted. Si usted o su abogado no colaboran o interfieren en el cobro de los beneficios pagados por DHMC, DHMC se comunicará con el Estado de Colorado y solicitará su desinscripción de DHMC por esta causa y colocado en Medicaid con pago de honorario por servicio prestado.
- DHMC no pagará ninguna factura médica que debiera haber sido pagada por un tercero o por la compañía de seguros.
- Usted debe respetar las reglas de la otra compañía de seguros para que paguen sus facturas médicas. DHMC no pagará ninguna factura médica que la otra compañía de seguros no haya pagado debido a que usted no respetó sus reglas.

Si tiene alguna duda, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116.

¿Qué son las Directivas Médicas Anticipadas (Advance Medical Directives)?

Las instrucciones médicas anticipadas son papeles que informa a sus familiares y proveedores acerca del tipo de atención médica que desea cuando no pueda informarlo por usted mismo. Dichos papeles se completan antes de que usted se lastime o enferme.

Completar estos papeles con anticipación ayuda a proteger sus derechos. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cualquier tratamiento ofrecido por su proveedor. También tiene el derecho de establecer Instrucciones Anticipadas por si alguna vez usted queda incapacitado de decir por usted mismo por sí o por no a un tratamiento. Hay tres clases de Instrucciones Anticipadas:

Poder Legal Médico Duradero (Medical Durable Power of Attorney) Es una persona que usted escoge para tomar decisiones respecto a la atención médica en caso de que usted no pueda.

Testamentos en Vida (Living Wills) Informa a su proveedor que no utilice máquinas o medicamentos si usted está al borde de la muerte.

Orden de No Resucitar (Do Not Resuscitate Order (DNR)) Es una regla escrita para que sus proveedores o enfermeras no intentes reanimar su corazón y/o respiración si el/la mismo/a se detiene.

Se le informará por escrito si su proveedor no puede llevar a cabo su Instrucción Anticipada debido a sus creencias. En cambio, Denver Health le proveerá un proveedor capaz de respetar sus Instrucciones Anticipadas.

Usted puede comunicarse con el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado si no se respeta su Instrucción Médica Anticipada.

Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado
4300 Cherry Creek Drive South
Denver, CO 80246-1530
(303) 692-2000
O 1-800-866-7689 (dentro del Estado)
Línea TTY/TDD para aquellos con Incapacidad Acústica:
(303) 691-7700

Para obtener más detalles acerca de las Instrucciones Médicas Anticipadas comuníquese con su PCP o con Servicios al Afiliado llamando al (303) 602-2116

Apoderado para Tomar Decisiones

Los adultos tienen el derecho de tomar sus propias decisiones médicas. Si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones médicas y no ha escogido a nadie para que tome las decisiones por usted, la ley de Colorado permite que se seleccione a un apoderado para tomar decisiones por usted. Un apoderado para tomar decisiones se escoge de un grupo de "personas involucradas", que incluye a el/la esposo/a del paciente, cualquiera de los padres del paciente, cualquier joven adulto, hermano o hermana o nietos del paciente o cualquier amigo cercano del paciente. Un apoderado para tomar decisiones médicas puede tomar decisiones médicas en su nombre respecto a la atención médica.

Sustituto responsable de las Decisiones de Beneficios de Salud

Su proveedor puede nombrar a alguien para tomar sus decisiones de beneficios de salud si decide que usted es incapaz de tomar dichas decisiones. Este tipo de decisiones incluye inscripción a planes de salud, desinscripción y apelaciones respecto a beneficios de salud. El sustituto responsable de la toma de decisiones tendrá acceso a su información de atención médica y otra información personal necesaria para tomar decisiones por usted. Un Apoderado para Tomar Decisiones también puede ser su Sustituto responsable de la Toma de Decisiones. Alguien que usted haya escogido como su Apoderado Legal Médico Duradero puede ser tanto su Apoderado como Sustituto responsable para tomar decisiones.

Privacidad

Su privacidad es muy importante. Usted puede esperar que sus registros médicos se mantengan en la confidencialidad. Esto incluye información del afiliado como la edad, raza/etnia, idioma y demás información personal de contacto. DHMC respetará sus instrucciones por escrito, procedimientos y leyes acerca de la naturaleza privada de sus registros. La información de afiliado y sus registros médicos sólo se utilizarán para el tratamiento y calidad de su atención médica. No brindaremos esta información a nadie sin su permiso.

Cuando usted reciba servicios en una clínica de Denver Health, se le proveerá una descripción completa de las Prácticas de Privacidad de DHMC.

Uso de un Representante Designado por el cliente (Designated Client Representative (DCR))

Usted puede designar a alguien para que esté a cargo de su atención médica. Este es un Representante de Clientes Designado (Designated Client Representative (DCR). Usted puede designar a un amigo, familiar, proveedor o a quién quiera para que sea su DCR. Un DCR vela por sus intereses cuando no pueda tomar decisiones por usted mismo respecto a la atención médica. Usted debe informar a DHMC por escrito si designa a un DCR. En la carta se debe incluir el nombre, dirección y número telefónico del DCR para que DHMC sepa a quién llamar cuando sea necesario. En el dorso de este manual hay una copia del formulario DCR. También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener una copia.

Formar parte del Comité Asesor del Consumidor

El Comité Asesor del Consumidor de DHMC es un grupo de personal, afiliados y otros trabajadores de la comunidad de la salud de DHMC que se reúnen regularmente para hablar sobre el Plan de DHMC. Cuando usted se une al Comité Asesor del Consumidor de DHMC, hace de este un mejor lugar. ¿Desea ayudar a mejorar su plan de salud? ¿Tiene ideas respecto a los cambios que debería implementar DHMC? ¿O simplemente desea compartir sus experiencias con el personal de DHMC? ¡Queremos oír todo lo que tenga para decir! Comuníquese con Servicios al Afiliado (el número se encuentra al final de esta página) para formar parte del Comité Asesor del Consumidor de DHMC.

Usted y su proveedor

DHMC respeta la relación que comparten usted y su proveedor. Por eso es que DHMC no interferirá con ningún profesional de la atención médica, que actúe dentro de la legalidad del alcance de la práctica, en los consejos o para que sea su representante para lo siguiente:

- Su condición de salud, atención médica u opciones de tratamiento, incluyendo cualquier opción de tratamiento alternativo que sea capaz de auto-administrarse.
- Cualquier información que usted necesite para poder tomar una decisión entre las opciones de tratamiento.
- Los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento que se administre o que no se administre.
- Su derecho de participar en decisiones acerca de su atención médica, incluyendo el derecho de negarse a un tratamiento y de expresar sus preferencias acerca de las opciones de futuros tratamientos (lea la siguiente sección de este manual para obtener una lista completa de sus derechos y responsabilidades).

Sus derechos

Denver Health Medicaid Choice (DHMC) brinda acceso a la atención médica para todos sus afiliados. No discriminamos en base a la religión, raza, nacionalidad, color, ancestros, discapacidad, género, orientación sexual o edad.

Brindamos atención médica a través de una sociedad que incluye a su proveedor, a DHMC, demás persona de atención médica y usted; nuestro afiliado. DHMC se compromete a asociarse con usted y su proveedor. Como afiliado de DHMC, tendrá todos los derechos que se listan a continuación:

- A ser tratado con respecto y con consideración en lo que respecta a su dignidad y privacidad.
- A obtener información de su proveedor acerca de todas las opciones de tratamientos y alternativas para su trastorno de salud de manera que tenga sentido para usted.
- A estar involucrado en todas las decisiones acerca de su atención médica.
- A decir "no" a cualquier tratamiento médico o quirúrgico que se le ofrezca.
- A recibir una segunda opinión (que otro proveedor analice su caso) sin costos para usted.
- A establecer Instrucciones Anticipadas.
- A que su proveedor le brinde información detallada acerca de las Instrucciones Anticipadas y a ser informado desde el principio si su proveedor no puede respetar sus Instrucciones Anticipadas debido a sus creencias.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como una manera de coerción, disciplina, conveniencia o represalia. (Esto significa que los proveedores y el personal de DHMC no podrán retenerlo en contra de su voluntad como castigo, hacer que usted haga algo que ellos quieran o vengarse por algo que usted haya hecho).
- A recibir servicios de atención médica de proveedores dentro de los marcos de tiempo de las normas de citas de DHMC (en este manual).
- A ver proveedores que lo hagan sentir cómodo y conforme con sus necesidades culturales.
- A utilizar cualquier hospital (fuera o dentro de la red de Denver Health) u otra instalación para servicios de atención médica de emergencia o urgencia. Los servicios de atención médica de emergencia o urgencia no requieren aprobación previa o derivación.
- A recibir servicios de atención médica fuera de la red de Denver Health si usted no es capaz de recibirlos en la red de Denver Health (DHMC primero debe aprobar los casos de no emergencia y no urgencia).
- A recibir servicios de planificación familiar directamente de cualquier proveedor de planificación familiar, dentro o fuera de la red de DHMC, sin aprobación de DHMC o derivación.
- A solicitar y recibir una copia de sus registros médicos.
- A solicitar que se modifiquen o corrijan sus registros médicos.
- A presentar una queja, apelación o solicitar una audiencia justa del Estado.
- A unirse al Comité Asesor del Consumidor de DHMC.
- A obtener información completa sobre beneficios de DHMC. Esta información incluye servicios cubiertos, como recibir todo tipo de atención médica como ser atención médica de emergencias, información detallada sobre los proveedores y sus derechos de desinscripción.
- A hacer uso de sus derechos arriba mencionados, sin miedo a ser maltratado por DHMC.

Sus responsabilidades

DHMC desea brindarle a cada afiliado una atención médica sobresaliente y una experiencia grata cada vez que acudan a Denver Health. Es por ello que esperamos que nuestros afiliados, personal y proveedores se traten unos a otros con dignidad y respeto.

Como afiliado de DHMC, usted es responsable de:

- Seleccionar a un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) u Hogar Médico que se encuentre en la red de Denver Health.
- Respetar todas las reglas que se encuentran en este manual del afiliado.
- Obtener una derivación de su PCP antes de ver a un especialista (a menos que no se necesite una).
- Respetar las reglas del proceso de apelaciones y quejas de DHMC.
- Comunicarse con Servicios al Afiliado para cambiar su PCP.
- Pagar por cualquier atención médica que reciba sin la derivación de su PCP (a menos que los servicios sean servicios de atención médica de emergencia o urgencia, o si son beneficios "integrales").
- Pagar por cualquier servicio no cubierto por DHMC o Medicaid.
- Comunicar a DHMC acerca de cualquier otro seguro que tenga además de Medicaid.
- Comunicarse con el Centro de Citas con 24 horas de anticipación a la fecha de la cita si debe cancelar la misma.

Atención médica de emergencia

Se considera una emergencia cuando usted piensa que un problema de salud puede derivar en la muerte, lesiones serias o si siente mucho dolor.

Un servicio de emergencia es cualquier servicio necesario que reciba una sala de emergencias para un problema de salud de emergencia. Si tiene una emergencia llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. No hay costos para los servicios de atención médica de emergencia cubiertos si acude al hospital por un problema de salud de emergencia.

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

Comuníquese con la Denver Health NurseLine llamando al (303) 739-1211 si necesita atención médica después de hora (después de que ha cerrado el consultorio de su proveedor). El/la enfermero/a puede ayudarlo a decidir si necesita ver a un proveedor, acudir a una sala de emergencias o brindarle consejos de salud si no está seguro de que hacer.

Atención médica de urgencia

A veces usted puede necesitar atención médica realmente rápido. No es una emergencia pero debe ser revisado rápidamente. La atención médica de emergencia se da cuando deba ser visto rápidamente. Si tiene necesidad de atención médica de urgencia, puede acudir al centro de atención médica de urgencias más cercano, o llamar a:

- Su PCP.
- La Línea de Asesoramiento de Enfermeras de DHMC (ver la página Números telefónicos importantes de este manual). Esta línea puede comunicarlo con un(a) enfermero/a de DHMC durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El/la enfermero/a de DHMC puede ayudarlo a decidir si debe acudir a una sala de emergencias o a un centro de atención médica de urgencias.

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

Denver Health cuenta con clínicas de atención médica de urgencias para adultos y pediátricas (para niños) en el campus principal del hospital Denver Health (777 Bannock Street). Estas clínicas se encuentran abiertas de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 10:00 p.m. y los fines de semana de 10:00 a.m. a 9:00 p.m. Puede acudir a las clínicas de atención médica de urgencias de Denver Health, pero no tiene que hacerlo. Siempre acuda al centro de atención médica de urgencias más cercano cuando tenga una necesidad de atención médica de urgencia.

Atención médica post-estabilización

Los servicios de atención médica post-estabilización son servicios cubiertos que recibe después de un trastorno médico de emergencia y una vez estabilizado. Un proveedor puede brindarle atención médica post-estabilización para mantenerlo estabilizado o para mejorar o resolver su problema de salud. DHMC pagará por su atención médica post-estabilización si se encuentra en Denver Health o si no se encuentra en el hospital Denver Health y DHMC haya aprobado su atención médica post-estabilización.

Cuando un proveedor de un hospital que no sea Denver Health le brinde servicios de atención médica post-estabilización y DHMC no los haya aprobado, aún así DHMC debe pagar por los servicios si:

- El proveedor en el hospital que no es de Denver Health solicita a DHMC la aprobación de sus servicios de atención médica post-estabilización y DHMC no responde al proveedor del hospital que no es Denver Health dentro de una (1) hora,
- No se puede comunicar con DHMC o
- DHMC y el proveedor del hospital que no es Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento.

Si usted recibe servicios de atención médica post-estabilización en un hospital que no sea Denver Health y los mismos no fueron pre-aprobados por DHMC, pero de todas formas DHMC paga por ellos debido a las razones de arriba, DHMC pagará por los servicios hasta que sucede una de estas cosas:

- Que un proveedor de DHMC que también trabaje en un hospital que no sea Denver Health se haga responsable de su atención médica,
- Que el proveedor del hospital que no sea Denver Health le comunique a DHMC que se encuentra lo suficientemente saludable como para ser derivado, por lo que lo deriva al hospital Denver Health y un proveedor de DHMC se haga cargo de usted,
- DHMC y el proveedor del hospital que no sea Denver Health no pueden llegar a un acuerdo sobre cómo manejar su tratamiento o
- Sea dado de alta del hospital.

Cuando el proveedor del hospital que no sea Denver Health le comunique a DHMC que usted se encuentra "estable" (lo que significa que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para ser derivado a Denver Health para el resto de su atención médica), DHMC trabajará para traerlo de forma segura al hospital Denver Health DHMC seguirá cubriendo su atención médica cuando sea derivado al hospital Denver Health. Si usted se niega (dice no a) esta derivación, usted tendrá que pagar por el resto de la atención médica que reciba en el hospital que no sea Denver Health.

Atención médica preventiva y de rutina

Usted necesita inmunizaciones, vacunas, chequeos y visitas regulares a un proveedor para gozar de buena salud. Comuníquese con su **PCP** para recibir atención médica regular y preventiva, ellos pueden ayudarlo a recibir este tipo de atención médica. Si hay otros tipos de servicios sobre los cuales tiene dudas, comuníquese con nosotros y lo podremos ayudar.

Cómo programar una cita

Debe comunicarse con la línea del Centro de Citas llamando al (303) 436-4949 para programar una cita para ver a un proveedor. Si usted necesita a un intérprete o servicios TDD/TTY al ver a su proveedor, comunique esto al representante del Centro de Citas al programar la suya.

Obtendrá una cita lo más rápido posible, pero no más tarde a los tiempos listados en la tabla de normas para citas listados abajo:

Normas para Citas de DHMC

Tipos de atención médica	Adultos	Niños
Emergencias	24 horas, 7 días de la semana	24 horas, 7 días de la semana
Urgente	Dentro de las 48 horas de su llamado	Dentro de las 48 horas de su llamado
No urgente	Dentro de las 2 semanas	Dentro de las 2 semanas
Exámenes de rutina	Dentro de los 4 meses	Dentro de las 2 semanas

Farmacia

Usted debe traer su tarjeta de Identificación de DHMC y una Identificación fotográfica con usted cuando vaya a la farmacia para que DHMC pague por su receta. Si su proveedor de Denver Health le confecciona una receta, puede presentarla en cualquiera de estas farmacias de Denver Health:

Primary Care Pharmacy (Webb)
301 West 6th Avenue
303-602-8500

Eastside Pharmacy
501 28th Street
303-436-4090

Westside Pharmacy
1100 Federal Blvd
303-436-4200

Infectious Disease (ID) Pharmacy
605 Bannock Street
303-602-8762

La Casa Pharmacy
4545 Navajo Street
303-436-8700

Montbello Pharmacy
12600 Albrook Drive
303-602-4025

Denver Health REFILLS
1-866-347-3345

También puede llevar sus recetas a cualquier otra farmacia que acepte el seguro MedImpact. Algunas farmacias fuera de Denver Health aceptan el seguro MedImpact, como Albertsons, King Soopers, Safeway, Rite-Aid, Target y Walgreens. Puede visitar www.dhmedicaidchoice.com para encontrar una farmacia cercana a usted.

Puede llamar al número telefónico que figura en su botella para solicitar el surtido. Siempre debe solicitar su surtido con al menos cinco (5) días hábiles antes de que se acabe su medicamento. Si el proveedor le indica tomar sus medicamentos de manera diferente a la especificada en las instrucciones de su botella de prescripción, comuníqueselo a su farmacia.

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

DHMC cuenta con una lista de drogas preferidas. A esta lista se le conoce como formulario. Todas las farmacias se manejan de acuerdo a este formulario. Si su proveedor le da una receta para un medicamento que no se encuentra en el formulario, puede haber otro medicamento en la lista que se ajuste de la misma manera a sus necesidades. Su proveedor puede decidir si otro medicamento es buena para usted o no. Si su proveedor no quiere cambiar un medicamento, tendrá que completar un formulario de aprobación y enviarlo a DHMC. Su proveedor y DHMC trabajarán en conjunto sobre esto. Usted no debe hacer nada una vez que su proveedor complete el formulario. Su proveedor o la farmacia le comunicará si DHMC pagará por la droga o no.

Comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener una copia del formulario o si tiene dudas respecto a las farmacias. También puede visitar www.dhmedicaidchoice.com para obtener una copia del formulario de DHMC.

Cuando se encuentre fuera del área de Denver, recibirá cobertura sólo para casos de emergencia y urgencia.

Si se encuentra fuera del área de Denver y necesita atención médica de emergencia o urgencia, acuda a la sala de emergencias o al centro de atención médica de urgencias más cercano.

Si la sala de emergencias o el centro de atención médica de urgencias deciden que debe permanecer en un hospital, comuníquese con la línea de Hospitalización fuera de la Red de DHMC llamando al (303) 602-2162 tan pronto como sea posible e infórmenos sobre la situación. DHMC se pondrá en contacto con los proveedores del hospital para garantizar que reciba la atención médica que necesite. Cuando su salud sea lo suficientemente buena, los proveedores del otro hospital permitirán que DHMC lo derive a Denver Health. Si usted se niega a esta derivación, tendrá que pagar por el resto de la atención médica que reciba en el hospital que no sea Denver Health.

Usted será responsable del pago de los servicios de atención médica recibidos diferentes a los servicios de atención médica de emergencia o urgencia. Usted debe recibir una aprobación previa antes de recibir otros servicios médicos cuando se encuentre fuera del área de Denver.

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

Recetas cuando se encuentre fuera de casa

Solicite un surtido temprano antes de viajar. Usted puede obtener medicamentos en las principales cadenas de farmacias a través de Colorado que acepten el seguro MedImpact. Fuera de colorado, los medicamentos se surtirán sólo en casos de emergencia. Deberá tener su tarjeta de Identificación DHMC consigo para mostrársela al farmacéutico.

Ver a un obstetra y ginecólogo

No necesita un reterido para ver a un obstetra o ginecólogo de DHMC para servicios durante el embarazo o para el bienestar de la mujer. Si usted ya lleva más de tres (3) meses de embarazo y es una afiliada nueva de DHMC, puede seguir viendo a su obstetra y ginecólogo actual incluso si se encuentran fuera de la red de DHMC. Comuníquese con Gestión Médica para obtener más información.

Planificación familiar

Puede acudir a un proveedor de DHMC o a cualquier proveedor que acepte Medicaid para planificación familiar. No debe obtener una aprobación de DHMC primero.

Examen de diagnóstico de cáncer cervical

Las mujeres entre 18 y 64 años de edad deben realizarse pruebas de Pap anualmente. DHMC cubre esto. La prueba de Pap puede ayudar a detectar un cáncer en su etapa temprana. Asegúrese de solicitarle esta prueba a su PCP u obstetra o ginecólogo.

Examen de diagnóstico de cáncer de mama

Una mamografía es un examen que utilizan los doctores para diagnosticar (encontrar) cáncer de mama. DHMC cubre las mamografías. La mayoría de las mujeres comienzan a realizarse mamografías alrededor de los 40 años de edad y continúan con esta práctica hasta los 69 años de edad. Las mujeres que se encuentran en riesgo de cáncer de mama pueden realizarse mamografías más tempranas o más seguidas que las demás. Es importante que le comunique a su proveedor acerca de su historial familiar respecto al cáncer de mamas y cualquier duda que tenga. Consúltele a su proveedor acerca de cuándo debe someterse a su próxima mamografía.

Atención médica durante el embarazo

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

WIC, por sus siglas en inglés – Women, Infants and Children's Food Program (Programa de alimentos para mujeres, infantes y niños)

El WIC es un programa para mujeres embarazadas o en período de amamantamiento con niños de hasta 5 años de edad. La atención médica incluye educación nutricional, alimentos gratuitos y derivaciones a agencias de servicios sociales y de salud. Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-7400 para encontrar la clínica WIC más cercana.

Alcohol, drogas y embarazo

Special Connections es un programa en contra de las drogas y del alcohol de Colorado. Ayuda a mujeres embarazadas involucradas con el alcohol y las drogas. Si cree que este programa puede ayudarla, comuníquese con la División Servicios de Salud del Departamento de Servicios Humanos llamando al 303-866-7400. Este servicio es un beneficio "integral". (Ver la sección "Beneficios Integrales" de este manual para conocer más.)

Como inscribir a su recién nacido en DHMC

Todos aquellos bebés que nazcan de madres afiliadas a DHMC quedan cubiertos desde el día de su nacimiento hasta 60 días calendario, o hasta el último día del primer mes completo seguido del nacimiento, lo que suceda primero. Comuníquese inmediatamente con el contacto de su condado para obtener la Identificación Medicaid de su bebé. Puede inscribir a su niño en DHMC, de la misma manera que usted lo hizo, y recibir atención médica en Denver Health.

Inmunizaciones durante la niñez y la adolescencia

Una de las mejores cosas que puede hacer por su niño es que reciba inmunizaciones o "vacunas" regularmente. El **PCP** puede aplicarle las vacunas a su niño en su consultorio durante sus chequeos. Los niños necesitan estas vacunas para quedar protegidos contra enfermedades.

EPSDT (Exámenes periódicos de salud del niño, vacunas, atención médica dental)

Revisión, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment (EPSDT)) es un programa de Medicaid que cubre varios tipos diferentes de servicios para niños desde el momento en que nacen hasta los 21 años de edad. Los beneficios incluyen exámenes periódicos de salud del niño, inmunizaciones (vacunas), anteojos, atención médica dental y más. Un **PCP** debe ver a su niño dentro de las 2 semanas después de su llamado para una cita.

Edad	Chequeos
0-15 meses	6 visitas para exámenes periódicos de salud del niño
1 - 2 años de edad	1- 2 visitas para exámenes periódicos de salud del niño
3-11 años de edad	1 visita anual para exámenes periódicos de salud del niño
12-20 años de edad	1 visita anual para exámenes periódicos de salud del niño

Programación de inmunizaciones

Edad	Vacunas
Desde el nacimiento hasta 1 año de edad	• Hepatitis B • DTaP (previene la difteria, el tétanos y la tos ferina) • IPV - Polio • Hib (Haemophilus influenza tipo b) • PCV - Neumocócica (previene la neumonía) • RV - Rotavirus (virus estomacal) • Influenza – gripe estacional (a partir de los 6 meses de edad)
1 año a 3 años de edad	• Hepatitis A • Hepatitis B • Hib • Poliomielitis • SPR (sarampión, paperas y rubéola) • Varicela (previene la varicela) (si el niño no ha tenido varicela) • DTaP • Neumococo • Meningocócicas (previene la meningitis) • Influenza (cada 6 meses)
Entre los 4 y los 6 años de edad	• DTaP • Poliomielitis • SPR • Varicela • Influenza (cada 6 meses)
Entre los 11 y los 12 años de edad	• Tdap (previene el tétanos, difteria y tos ferina) • VPH - Virus del papiloma humano (previene las verrugas genitales) • Meningocócicas (previene la meningitis) • Influenza (anual)
Entre los 13 y los 21 años de edad	• Se deben aplicar todas las vacunas que figuran arriba si aún no se ha hecho. • Influenza - anual
Adulto	• Td (previene el tétanos y la difteria) – cada 10 años • Influenza – anual • Neumocócica – después de los 65 años de edad • Zóster – después de los 65 años de edad (previene los herpes)

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

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

- Trastornos de salud que duran más de un año (tensión arterial alta, asma)
- Trastornos de salud que requieran el uso de dispositivos especiales (como sillas de ruedas o tubos de oxígeno)
- Trastornos de salud que limiten severamente sus actividades emocionales, físicas o de aprendizaje

Comuníquese con Servicios al Cliente para obtener más información. También puede hablar con su PCP si tiene necesidades especiales de salud.

Programas Especiales de Atención Médica para Afiliados Nuevos

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

Usted puede también mantener su proveedor de Salud en el Hogar o DME (equipo médico durable (durable medical equipment) hasta por setenta y cinco (75) días después de unirse a DHMC. Su proveedor DME debe acceder a trabajar con DHMC durante esos 75 días.

Usted debe comunicarle a DHMC quiénes son estos proveedores. También debe comunicarnos que desea seguir viendo a estos proveedores hasta que su atención médica sea derivada. Puede comunicarse con Gestión Médica para obtener más información.

Entrenadores de Salud

Los Entrenadores de Salud lo ayudan a realizar cambios saludables en su vida como dejar de fumar o realizar más ejercicios. También pueden ayudarlo a controlar una enfermedad de larga duración como asma, depresión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o trastornos cardíacos. También pueden ayudarle si recientemente ha estado en el hospital, sala de emergencias o si necesita ayuda con otros asuntos relacionados a la salud. Cuando se una al programa de asistencia de la salud, trabajará directamente con un asistente de la salud. Su entrenadores de salud puede ayudarlo a:

- Despejar sus dudas acerca de su atención médica,
- Sacar el mejor provecho de sus visitas al consultorio,
- Aprender a comer más saludable,
- Ejercitarse más,
- Recordar tomar su medicamento,
- Encontrar recursos comunitarios en su área y
- Obtener la atención médica que necesite.

El programa de entrenadores de salud es opcional y usted puede unirse o dejarlo cuando desee. El programa de entrenadores de salud es pueden trabajar con usted por teléfono, correo electrónico o en persona. Comuníquese con Servicios al Afiliado (el número se encuentra al final de esta página) para unirse o por si tiene alguna duda.

Administración de Casos

DHMC posee dos tipos de Gestores de Casos: Gestores de Casos a Corto Plazo y Gestores de Casos Complejos. Los afiliados de DHMC obtienen Servicios de Manejo de Casos sin costo alguno.

Los Gestores de Casos a Corto Plazo pueden ayudarlo a recibir la atención médica que necesita. Abajo hay algunas de las cosas con las que pueden ayudarlo:

- Recibir atención médica en Denver Health; esto incluye ayudarlo en la derivación hacia Denver Health si es admitido en una instalación que no sea Denver Health para atención médica de emergencia (la otra instalación debe comunicarle a DHMC que usted se encuentra lo suficientemente saludable como para derivarlo)
- Aprobación para cuando sea necesario ver a un proveedor fuera de Denver Health
- Aprobación para atención médica en el hogar
- Aprobación para Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment (DME)) como oxígeno y sillas de rueda.
- Seguimiento después de recibir el alta del hospital o un centro de enfermería especializada
- Comprensión de sus necesidades de salud; su trastorno, medicamentos y tratamientos

Los Gestores de Casos Complejos ofrecen más ayuda a aquellos con necesidades más complejas. Pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Aprender acerca de sus beneficios de atención médica y garantizar que usted reciba la atención médica que necesita
- Aprender acerca de los recursos comunitarios y ayudarlo con la derivación para dichos servicios
- Coordinar su atención médica con sus diferentes doctores
- Aprender maneras para manejar su salud
- Manejar sus necesidades de salud mental

Si desea hablar con un Gestor de Casos, comuníquese con Soporte de Atención médica llamando al número que figura en la página “Números importantes” de este manual.

La Administración de la Utilización

La administración de la utilización brinda autorizaciones (aprobaciones) para servicios y tratamientos que su proveedor crea necesarios para usted, pero no se encuentran disponibles en Denver Health. La administración de la utilización también brinda autorizaciones para servicios proporcionados en Denver Health pero se encuentran restringidos (limitados) por DHMC.

DHMC sólo cubre los servicios restringidos si han sido previamente autorizados por la administración de la utilización. Algunos ejemplos de servicios restringidos incluyen cualquier tipo de atención médica provista fuera de la red de Denver Health, atención médica en el hogar y Equipos Médicos Duraderos (Durable Medical Equipment (DME)). Vea la sección "Sus beneficios DHMC" que se encuentra en este manual para saber más acerca de los servicios cubiertos que requieren autorización por parte de DHMC. De ser necesario, su proveedor trabajará con gestión de utilización para obtener una autorización.

La administración de la utilización trabajará directamente con el hospital, doctores, servicios de atención médica en el hogar, empresas de DME y otros proveedores para garantizar que usted reciba la atención médica correspondiente y la aprobación rápida de servicios médicamente necesarios.

Comuníquese con Servicios al Afiliado si tiene dudas respecto a un servicio, tratamiento o decisión específica. También puede presentar una apelación si no concuerda con la decisión que Gestión de Utilización toma respecto a su atención médica. Vea "¿Qué es una apelación?" para obtener más información.

También puede comunicarse con la administración Médica si desea saber que información utiliza su proveedor al tomar decisiones de servicios o como garantizamos que usted reciba atención médica de calidad.

Vacunas contra la influenza (gripe)

Las vacunas contra la influenza son un beneficio cubierto para los afiliados de DHMC. Gratuita para los afiliados. La mejor época para recibir una vacuna es en octubre o noviembre. DHMC recomienda la vacuna contra la gripe para las siguientes personas:

- Todos los niños de alto riesgos:
- niños con trastornos de salud de larga duración o con problema en el sistema inmune,niños de 6 meses a 59 meses de edad y demás niños con hermanos/as menores de 6 meses de edad.
- Personas de 50 años de edad o más.
- Cualquiera con trastornos de salud como diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares y asma.
- Personas en contacto con personas con trastornos de salud como asma, enfermedades cardíacas o pulmonares.
- Mujeres embarazadas con un período de gestación de más de tres meses durante la época de gripe (si dará a luz entre diciembre y mayo).

Comuníquese con el Centro de Citas para programar una cita o preguntar acerca de la vacuna contra la gripe.

Esta es una lista de sus beneficios Medicaid con DHMC.
Si necesita un servicio que no está cubierto, usted o su PCP puede trabajar con DHMC para que lo cubra.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Nacimiento de un bebé en el hospital	Cubiertos en su totalidad	
Servicios de ambulancia	Cubierto en caso de emergencia	
Insumos y equipos médicos duraderos	Servicios cubiertos: • Sillas de ruedas • Muletas • Otros suministros	Se necesita la aprobación de DHMC. Comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener más detalles.
Servicios de emergencia	Cubierto	En casos de emergencia no se necesitan derivaciones por parte de DHMC. Si tiene una emergencia llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. Vea la página 9 para la definición de "Emergencia".
Servicios de planificación familiar	• Consejería en planificación familiar, tratamiento • Píldoras anticonceptivas • Colocación y remoción de dispositivos anticonceptivos aprobados • Medición de los diafragmas • Esterilización quirúrgica masculina/femenina	Para la esterilización usted debe: • Tener al menos 21 años de edad. • Ser mentalmente competente (nunca haber sido declarado mentalmente incompetente por una corte federal, estatal o local). • Dar su consentimiento informado. Esto se hace completando el formulario que su proveedor le proporcionará 30 días antes de su procedimiento de esterilización.* *Existen excepciones para esto. Solicite a su proveedor o comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al (303) 602-2116 para obtener más detalles.
Servicios de hospital	La hospitalización debe ser en el Denver Health Medical Center.	Debe ser solicitada por un proveedor de DHMC.
Inmunizaciones (vacunas) para afiliados menores de 21 años de edad.	Todas las inmunizaciones (vacunas) recomendadas.	Provisto por un proveedor de DHMC.
Asilo de ancianos	Este es un beneficio "integral" y se encuentra cubierto por Basic Medicaid después de haber aprobado la certificación. Vea la página 21 para obtener más información acerca de los beneficios "integrales".	Debe ser derivado por un proveedor de DHMC.
Servicios de atención médica en el hogar	DHMC cubre los servicios de Atención Médica en el hogar durante los primeros 60 días. Después de los 60 días de servicios de atención médica en el hogar, el State Medicaid Program los cubre como "integrales".	Debe ser solicitado por un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Cirugía oral para adultos	Limitada a tratar ciertos trastornos como son: • Herida accidental en los huesos de la mandíbula o áreas circundantes o • Solucionar un problema bucal que genere un problema funcional como tratamiento de bultos en la mandíbula, cachetes, labios, lengua, paladar o piso de la boca.	Debe ser derivado por un proveedor de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Tratamientos dentales para adultos con un trastorno médico existente empeorado por un trastorno bucal	Los trastornos médicos existente permitidos incluyen: • Enfermedad que requiera quimioterapia o radiación, • Trasplantes de órganos, • Embarazo o • Un trastorno médico empeorado por una condición oral. Se puede brindar tratamiento de emergencia si fuera hospitalizado y no hubiere atención médica inmediata disponible	Este es un beneficio "integral". Vea la página 21 para obtener más información acerca de los beneficios "integrales"
Atención médica oral para niños	Cubierto por EPSDT (ver página 16); este es un beneficio "integral".	Comuníquese con su: • Coordinador EPSDT del condado, • Técnico del condado o • Llame al 303-866-3513 o al 1 800-221-3943.
Medicamentos de venta libre Medicamentos	DHMC cubre algunos medicamentos de venta libre. Su proveedor de DHMC debe hacerle una receta para cualquier medicamento de venta libre que obtenga en la farmacia.	Para las drogas que no se encuentran en la lista de drogas se requiere una aprobación previa.
Cuidado prenatal	Cubiertos en su totalidad.	Provisto por su proveedor de atención primaria de DHMC. Si usted en nueva en DHMC y tiene un embarazo de más de 3 meses, puede continuar viendo a su proveedor fuera de DHMC hasta dar a luz. Vea "Atención médica para mujeres" en este manual para obtener más información.
Drogas de venta bajo receta	Las drogas de venta bajo receta que se encuentran en el formulario de DHMC están cubiertas. No hay ningún co-pago (costo) para los afiliados para ninguna droga de venta bajo receta cubierta por DHMC. Los afiliados pueden acudir a cualquier farmacia de Denver Health o a cualquier otra farmacia que acepte el seguro MedImpact.	Algunas drogas de venta bajo receta no se encuentran en el formulario de DHMC. Su proveedor debe solicitar a DHMC que pague por una droga de venta bajo receta si no se encuentra en el formulario de DHMC. Vea la sección "Farmacia" de este manual para obtener más detalles.
Farmacia; cambiar de un medicamento genérico a uno de marca	Usted puede obtener un medicamento de marca cuando se recete uno genérico.	Usted paga la diferencia de costo entre el medicamento genérico y el de marca. DHMC pagara sólo una parte del importe del medicamento de marca. Usted debe abonar el monto que DHMC no cubra.
Atención médica primaria y preventiva	Cubierta por completo; exámenes físicos y de salud, como ser mamografías, exámenes de próstata, vacunas contra la gripe, etc.	Brindado por su médico **PCP** de DHMC o con una derivación.
Atención médica Especializada	Tipos especiales de atención médica cubiertos por proveedores que participan de DHMC o proveedores.	Deben contar con una derivación de un **PCP** de DHMC. Debe ser ofrecido por un especialista de DHMC.
Tratamiento por abuso de sustancias	• Limitado a tratamiento médico de los efectos de la droga.	Debe ser derivado por un PCP de DHMC. Se necesita la aprobación de DHMC.
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes hospitalizados		Este es un "beneficio integral".

Beneficios	Servicios cubiertos	¿Qué se necesita?
Tratamiento por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios		Este es un "beneficio integral".
Terapias	• Terapia del habla • Terapia ocupacional • Terapia física • Rehabilitación cardíaca	Debe contar con una derivación de un PCP de DHMC:
Visión: Niños (edades de 0 a 21 años)	Los cheques de rutina y los anteojos se encuentran cubiertos.	No se necesita la derivación de un proveedor para Denver Health Eye Clinic y One Hour Optical.
Visión: Adulto (edades de 22 a 47 años)	Chequeos de rutina y anteojos. Los exámenes se encuentran cubiertos una vez cada dos años con un proveedor de DHMC o un proveedor.	No se necesita la derivación de un proveedor para Denver Health Eye Clinic y One Hour Optical.
Visión: Adulto (de 48 años de edad o más)	Exámenes de rutina y anteojos. Los exámenes y los anteojos se encuentran cubiertos una vez cada dos años con un proveedor de DHMC o un proveedor.	No se necesita la derivación de un proveedor para Denver Health Eye Clinic y One Hour Optical.
Terapia visual	Ejercicios oculares	Se necesita la derivación de un proveedor de DHMC o de un proveedor (adultos y niños).
Visión: "Insumos"	Marcos de anteojos que cuesten más de lo que Medicaid cubre.	Usted paga la diferencia entre los anteojos aprobados y los anteojos más caros.

Beneficios adicionales ofrecidos por Denver Health Medicaid Choice

Atención médica:

- Visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, atención médica de emergencia/urgencia (dentro o fuera de la red) GRATUITAS y sin co-pagos para niños y adultos de DHMC.
- Trasporte para casos de no emergencia GRATUITO (viajes hacia y desde la clínica en donde tenga sus citas); ver la sección "Transporte" de este manual para saber más.

Atención médica ocular:

- Anteojos para niños y adultos SIN COSTO alguno para usted.

Farmacia:

- SIN CO-PAGOS para las recetas cubiertas en el formulario de DHMC.
- SIN COSTO para ciertas drogas de venta libre cuando un proveedor de Denver Health confeccione la receta para la droga de venta libre y se surta en una farmacia de Denver Health.
- 90 días de suministro de algunas drogas que figuran en el formulario de DHMC, SIN COSTO alguno para usted. Vea el formulario de DHMC para obtener más detalles.

Regalos especiales para las futuras madres de DHMC:

- En su primera visita de atención médica prenatal a una clínica de Denver Health, recibirá un calendario de embarazo y un talonario de cupones.
- Regrese para su visita de 6-10 semanas y reciba un mini kit de spa.
- DHMC le regalará un portarretrato para su imagen de ultrasonido durante su visita de ultrasonido de 20 semanas.
- Reciba un enterizo de Denver Health para su bebé cuando regrese a su visita de 20-30 semanas.
- Haga un recorrido por la sala de partos del hospital Denver Health y reciba un paraguas para el cochecito.
- Si da a luz en el hospital Denver Health, recibirá una silla infantil para coches para su pequeñín durante el alta.
- Reciba un suministro de pañales durante 2 meses en su hogar después de dar a luz a su bebé en Denver Health.
- Regrese a Denver Health para su visita post-parto de 4 semanas e inscríbase para 1 mes extra de suministro de pañales que serán entregados en su hogar.

9 Servicios extras

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental no son un beneficio cubierto por DHMC. Usted puede recibir servicios de salud mental comunicándose con la organización de salud del comportamiento de su área. Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al (303) 602-2116; o al número TTY 3036022129 para averiguar en qué organización de salud del comportamiento se encuentra.

Transporte

El Transporte Médico en Casos de No Emergencia (Non-emergency Medical Transportation (NEMT) es un beneficio para todos nuestros afiliados a DHMC. Usted puede hacer uso de NEMT gratuitamente cuando necesite que lo lleven a sus citas de atención médica.

Como afiliado a DHMC, puede escoger entre dos (2) empresas NEMT; Access2Care y First Transit. Access2Care brinda a los afiliados de DHMC diez (10) viajes ida y vuelta anuales a sus citas. First Transit puede requerir una aprobación previa antes de poder programar un viaje (comuníquese con First Transit para saber si su viaje necesita aprobación previa). Access2Care es un beneficio sólo para afiliados de DHMC, y First Transit es un beneficio para todo aquel que tenga Medicaid. Como afiliado de DHMC, usted puede utilizar ambas o cualquiera de las dos empresas NEMT.

Comuníquese con una de estas empresas NEMT para programar un viaje a su próxima cita de atención médica:

Access2Care: (303) 476-4002 (comuníquese con 48 horas de anticipación a su cita).

First Transit: 1-855-264-6368 (comuníquese con 48 horas de anticipación a su cita).

Beneficios “integrales”

Hay algunos servicios que DHMC no cubre, pero aún es un beneficio para usted a través de Medicaid regular (servicio gratuito). Este tipo de atención médica se llama beneficio “integral”. Usted puede ser un afiliado de DHMC y aún así recibir beneficios “integrales”. Los beneficios “integrales” incluyen:

- Audífonos, entrenamiento, pruebas y evaluación para niños,
- Servicios dentales para niños (de 0 a 20 años de edad),
- Servicios de emergencia dental para adultos,
- Servicios de tratamiento contra drogas y alcohol para mujeres embarazadas,
- Servicios extras EPSDT de cuidados en el hogar,
- Algunos servicios basados en la comunidad y en el hogar (Home and Community-Based (HCBS)),
- Atención médica de cuidados paliativos; aún puede recibir toda la demás atención médica no paliativa con DHMC, pero también puede desinscribirse de DHMC si llama a HealthColorado (el número se encuentra al comienzo del manual),
- Medicaid cubre los servicios de atención médica en el hogar después de los 60 días (DHMC cubre los primeros 60 días),
- Algunos servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados por abuso de sustancias,
- Trasplantes intestinales,
- Transporte médico en casos de no emergencia (Non-emergency medical transportation (NEMT)); ver la sección “Transporte” de este manual,
- Servicios privados de enfermería sólo para servicios de enfermería y
- Algunos servicios de centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility (SNF).

Si necesita cualquiera de los servicios listados arriba, comuníquese con Atención al Cliente de Medicaid de Colorado llamando al (303) 866-3513 o al 1-800-221-3943 si se encuentra fuera del área metropolitana de Denver. Un representante de Atención al Cliente de Medicaid de Colorado lo ayudará a recibir sus beneficios “integrales”.

Servicios no cubiertos

Hay algunas cosas que DHMC no cubre, incluyendo:

- Servicios para infertilidad,
- Programas de ejercicios,
- Rehabilitación en el trabajo
- Artículos personales (membrecía a clubes de salud, pasta dental),
- Cirugía plástica,
- La mayoría de los frenos dentales y
- Servicios de custodia en un asilo de ancianos.

10 Calidad

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

- Haciéndole preguntas a nuestros afiliados y proveedores sobre si están a gusto con los servicios de DHMC,
- Atendiendo las preocupaciones y quejas de los afiliados y proveedores para mejorar los servicios de DHMC,
- Recordando a los afiliados acerca de los servicios para mantenerlos saludables,
- Viendo como accede usted a la atención médica para ver si hay diferencias por raza, etnia o idioma.

Comuníquese con Servicios al Afiliado para obtener más detalles o sacarse sus dudas acerca de nuestro Programa de Calidad.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

¿Qué es una queja?

Una queja es lo que usted presenta cuando no está contento con algo que haga DHMC. Esto puede ser cuando usted no está contento con:

- La calidad de la atención médica o servicio que recibe,
- El modo en que MHDC lo trata y/o
- Cosas que DHMC hace con las que usted no se siente a gusto.

Tiene treinta (30) días calendarios a partir de la fecha del evento para comunicarnos (oralmente) o por escrito cuando no esté contento con el servicio o atención médica. A esto se lo conoce como presentación de una queja.

Qué hacer si tiene una queja

Si tiene una queja, usted o su DCR puede comunicarse con Servicios al Afiliado (el número telefónico se encuentra al final de esta hoja). Usted o su DCR también pueden escribirle a Servicios al Afiliado. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación (ID) de Medicaid, dirección y número telefónico en su carta si decide escribir a Servicios al Afiliado. También puede completar el formulario de queja que se encuentra en el dorso de este manual y enviarlo.

Envíe su queja por escrito a esta dirección:
Denver Health Managed Care
A la atención de: Equipo de quejas de servicios al afiliado
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204-4507

Su proveedor también puede presentar una queja en su nombre si lo designa como su DCR.

No perderá sus beneficios de Medicaid por presentar una queja. ¡La ley lo exige!

Después de presentar una queja

Después de presentar una queja, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles para confirmar la recepción de su queja.

DHMC estudiará en detalle su queja y decidirá cómo manejarla (en otras palabras, DHMC tratará de resolver su descontento). Los miembros del personal de DHMC que tomen las decisiones respecto de su queja no serán las mismas personas contra quienes usted presente su queja. Un miembro del personal de DHMC con entrenamiento médico adecuado revisará su queja si usted presenta una queja porque siente que ha recibido una atención médica pobre o porque DHMC negó su solicitud de apelación acelerada (vea la sección llamada “¿Qué es una apelación?” que se encuentra en este manual).

DHMC tomará una decisión acerca de su queja y le enviará un aviso por escrito tan pronto como su trastorno de salud lo requiera, pero no más tarde a quince (15) días hábiles a partir del día en que usted presentó la queja. El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su queja y la fecha en que DHMC tomó esa decisión.

Usted o DHMC puede extender el marco de tiempo que DHMC tienen para tomar una decisión respecto de su queja. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su queja, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC sólo extenderá este marco de tiempo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el marco de tiempo para decidir sobre su queja y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora.

Si necesita ayuda para presentar una queja

DHMC lo ayudará a presentar una. Si necesita ayuda para completar cualquier formulario o en cualesquiera de los pasos para presentar una queja, incluyendo el uso de un intérprete o servicios TTY/TDD, comuníquese con Servicios al Afiliado de DHMC (el número telefónico se encuentra al principio de este manual).

Si aún no queda satisfecho con el resultado de su queja

Si quedó insatisfecho sobre cómo DHMC manejó su queja, puede acudir al Estado de Colorado. Ellos analizarán su queja y la manera en que se manejó. La decisión del Estado de Colorado es determinante. Puede llamarlos al (303) 866-3513 ó al 1-800-221-3943 (sin cargo). O bien, puede escribirles a:

Departamento de Atención Médica y Financiamiento de Colorado
Sección de beneficios de atención médica administrada
1570 Grant Street
Denver, CO 80203-1714

¿Qué es una carta de aviso de acción?

Es una carta que DHMC le envía a usted en caso de que DHMC realice cambios (acciones) a cualquier parte de los servicios de DHMC. Una acción puede incluir:

- Cuando DHMC niegue o limite un tipo o nivel de servicio que haya solicitado,
- Cuando DHMC reduzca, suspenda o deje de autorizar un servicio que ha estado recibiendo,
- Cuando DHMC niegue el pago completo o parcial de sus servicios,
- Cuando DHMC no le brinde un servicio a tiempo y/o
- Cuando DHMC no resuelva su apelación o queja dentro del marco de tiempo requerido.

Una carta de aviso de acción incluye:

- La acción que planea tomar DHMC,
- La razón de la acción,
- Su derecho de apelar esta decisión,
- La fecha en la que usted debe apelar,
- Su derecho de solicitar una audiencia justa del Estado,
- Cómo solicitar una audiencia justa del Estado,
- Cuando usted pueda solicitar que se acelere el proceso de apelación,
- Cómo seguir recibiendo sus servicios mientras se decide la apelación o la audiencia justa del Estado y
- Cuando posiblemente deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras pendía la decisión final.

Aviso anticipado de acción

DHMC debe comunicarle acerca de una acción antes de que la misma suceda. Si DHMC planea cesar el pago o reducir cualquier servicio que viene recibiendo, debe enviarle una carta de Aviso de acción diez (10) días calendario antes de la fecha en que cesará el pago o reducirá los servicios. DHMC puede acortar el marco de tiempo a cinco (5) días calendario si:

- Hay un fraude,
- El afiliado ha fallecido,
- El afiliado queda internado en alguna institución,
- Se desconoce el paradero del afiliado y no hay una dirección de envíos,
- El afiliado se ha mudado fuera del estado o fuera del área metropolitana de Denver,
- El doctor del afiliado ordena un cambio en el nivel de atención médica,
- Evaluación de pre-admisión de la Ley de Seguro Social (Social Security Act), La seguridad o salud del afiliado se encuentra en peligro o
- La necesidad de atención médica es urgente.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una solicitud que usted o su (DCR) puede hacer para revisar una acción tomada por DHMC. Si usted piensa que una acción tomada por DHMC es incorrecta, usted o su DCR puede llamar o escribirnos para apelar la acción. Un proveedor puede presentar una apelación en su nombre si lo designa como su DCR. También puede solicitar una audiencia justa del Estado. Esta audiencia se explica en la sección “Audiencia justa del Estado” de este manual.

Cómo presentar una apelación

Usted tiene treinta (30) días calendario para presentar una apelación después de haber recibido una carta de aviso de acción para un nuevo servicio que aún no recibe. Para apelar una acción que cesará, suspenderá o recortará los servicios que ya está recibiendo, tiene que presentar la apelación:

- Por escrito diez (10) días calendario después de la fecha en que se envió la carta de aviso de acción o
- Sobre o antes de la fecha de vigor pretendida para la acción de DHMC

Para apelar una acción usted puede:

- Comunicarse con Servicios al Afiliado de DHMC llamando al (303) 602-2116 o gratuitamente al 1-800-700-8140, los usuarios TTY deben llamar al (303) 602-2129. Si apela una acción oralmente, también debe enviar una apelación por escrito (a menos que haya solicitado una apelación acelerada).
- Complete el formulario que aparece en el dorso de este manual y envíela por fax al (303) 602-2138 o por correo a *Servicios al Afiliado de DHMC, 777 Bannock, MC 6000, Denver, CO 80204*

Cómo presentar una apelación acelerada (rápida)

Si su vida o salud corre peligro y necesita que DHMC tome una decisión enseguida sobre su apelación, usted o su DCR pueden comunicarse con Gestión Médica de DHMC (el número aparece en el frente de este manual) y solicitar una apelación acelerada. Si DHMC aprueba su solicitud de una apelación acelerada, DHMC tomará una decisión sobre su apelación tan pronto como su trastorno de salud lo requiera, pero no más tarde de tres (3) días hábiles a partir de la fecha de su solicitud.

Si DHMC niega su solicitud de una apelación acelerada, DHMC se comunicará con usted tan pronto como sea posible para informarle que su solicitud ha sido denegada. DHMC también le enviará una carta en un plazo de dos (2) días calendario del envío de su solicitud para informarle que su solicitud ha sido denegada. La carta le informará acerca de su derecho de presentar una queja si queda insatisfecho con la decisión de DHMC.

Recibirá una versión escrita de su apelación junto con esta carta de negación (si presentó su apelación oralmente) que debe firmar y enviarla de regreso a DHMC.

DHMC entonces revisará su apelación en el marco de tiempo estándar que se explica en la siguiente sección.

Después de presentar una apelación

Después de presentar una apelación, DHMC le enviará una carta en un plazo de dos (2) días hábiles (a menos que haya presentado una apelación acelerada) para confirmar la recepción de su apelación.

DHMC estudiará los detalles de su apelación y decidirá si acepta su apelación (anular la acción de DHMC) o niega su apelación (mantener la acción de DHMC). Los miembros del personal de DHMC que tomen las decisiones respecto de su apelación no serán las mismas personas involucradas en la acción que usted está apelando. Si usted apela una acción bajo la razón "falta de necesidad médica", un miembro del personal de DHMC con entrenamiento médico adecuado tomará una decisión respecto de su apelación.

En cualquier momento durante el proceso de apelación, usted o su DCR puede brindarle a DHMC (en persona o por escrito) cualquier evidencia o información que pueda ayudar en su caso. Tenga en cuenta que si se acelera su apelación, tiene un marco de tiempo menor para presentar esta información ante DHMC. Usted o su DCR puede revisar el expediente de su caso antes y durante el proceso de apelación. El expediente de su caso incluye sus registros médicos y cualquier otra información que DHMC utiliza para decidir sobre su apelación.

Para apelaciones estándares, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión tan pronto como su trastorno de salud lo requiera, pero no más tarde a diez (10) días hábiles a partir del día en que usted presentó la apelación estándar. Para apelaciones aceleradas, DHMC tomará una decisión y le enviará un aviso por escrito acerca de la decisión tan pronto como su trastorno de salud lo requiera, pero no más tarde a tres (3) días hábiles a partir del día en que usted presentó la apelación estándar. DHMC también lo notificará por teléfono acerca de la decisión para apelaciones aceleradas.

El aviso por escrito explicará los resultados de la decisión de DHMC respecto de su apelación y la fecha en que se completó. Si el resultado no es a su favor, el aviso por escrito le brindará información acerca de:

- Su derecho de solicitar una audiencia justa del Estado y cómo solicitar una,
- Su derecho de solicitar a DHMC que continúe con sus servicios mientras penda la audiencia justa del Estado y como hacer dicha solicitud y
- Que quizás deba pagar por aquellos servicios que recibió mientras pendía la audiencia justa del Estado si el Estado concuerda con la decisión de DHMC.

Cómo extender los marcos de tiempo de las apelaciones

Usted o DHMC puede extender el marco de tiempo que DHMC tienen para tomar una decisión respecto de su apelación acelerada o estándar. Si usted solicita más días o DHMC cree que se requieren más hechos para tomar una decisión respecto de su apelación, DHMC puede agregar catorce (14) días calendario más. DHMC sólo extenderá este marco de tiempo si es lo mejor para usted. Si DHMC extiende el marco de tiempo para decidir sobre su apelación y usted no solicitó la extensión, DHMC le enviará un aviso por escrito de la razón de la demora. Este aviso por escrito también le explicará sobre su derecho de presentar una queja si no concuerda con la decisión de DHMC de extender el marco de tiempo.

Cómo obtener ayuda para presentar una queja

Para obtener ayuda para presentar una queja usted puede:

- Comunicarse con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o al 1-800-700-8140 (número telefónico gratuito); Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 303-602-2129.
- Comunicarse con el defensor del pueblo de Medicaid llamando al 303-830-3560 o al 1-877-435-7123 o

¡No perderá sus beneficios de Medicaid por apelar una acción! ¡La ley lo exige!

Audiencia justa del Estado

Si usted no queda satisfecho con alguna acción que tome DHMC, no tiene que pasar por el proceso de apelación explicado arriba. En cualquier momento usted o su DCR tiene la opción de solicitar que un Juez de Derecho Administrativo para revise la acción tomada por DHMC dentro de los treinta (30) días calendarios después de haber recibido la carta de aviso de acción. Su proveedor también puede solicitar una revisión en su nombre si lo designa como su DCR. A esta revisión se la conoce como Audiencia Justa del Estado. Puede solicitar una audiencia justa del Estado cuando:

- Se nieguen los servicios que usted busca o la regla para aprobar los servicios no se aplica a tiempo,
- Usted crea que la acción tomada es errónea.

Para solicitar una audiencia justa del Estado, usted, su DCR o su proveedor debe enviar una carta a la Oficina Administrativa de los Tribunales (Office of Administrative Courts). La carta debe incluir:

- Su nombre, dirección y número de identificación de Medicaid,
- La acción, negación o fracaso de actuar rápidamente sobre la base de la solicitud de apelación y
- La razón de apelar la acción, negación o fracaso de actuar rápidamente.

En la audiencia, usted puede representarse a sí mismo o usar como representante a un proveedor, guía legal, pariente, amigo u otro portavoz. Usted o su representante tendrá la oportunidad de presentar evidencias ante la Oficina Administrativa de los Tribunales para respaldar su caso. Usted o su representante también puede solicitar los registros pertinentes a su apelación.

Si desea que alguien más lo represente, aún así debe completar el formulario de consentimiento de la audiencia justa del Estado llamado "Autorización para alguien que no sea abogado (Non-Attorney Authorization)". Este formulario se encuentra en el sitio web del Estado de Colorado bajo el Departamento de Personal y Administración, Oficina Administrativa de los Tribunales. A la persona que coloque en este formulario se la conoce como representante autorizado.

Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.

Debe solicitar una audiencia justa del Estado por escrito dentro de los treinta (30) días calendario a partir del aviso de acción a la:

Oficina Administrativa de los Tribunales
633 Seventeenth Street, Suite 1300
Denver, CO 80202

DHMC lo ayudará si necesita ayuda para solicitar una audiencia justa del Estado. Comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al (303) 602-2116 y solicite ayuda. También puede comunicarse a la Oficina Administrativa de los Tribunales llamando al (303) 866-2000. Cualquier decisión tomada en una audiencia justa del Estado es decisiva.

Continuación de los beneficios durante una apelación o audiencia justa del Estado

En algunos casos, DHMC seguirá cubriendo los servicios mientras se espera por la decisión de una apelación o audiencia justa del Estado. DHMC seguirá cubriendo sus servicios mientras espera por una decisión si:

- Presenta su apelación dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha que figura en su carta de aviso de acción o de la fecha efectiva de la acción de DHMC
- El/los servicio(s) que reciben provienen de un proveedor autorizado y
- No ha expirado el marco de tiempo original de autorización de su(s) servicio(s)

Sin embargo, debe comunicarse con la administración Médica llamando al (303) 602-2140 y comunicarles que desea que DHMC siga cubriendo sus servicios. Sus servicios continuarán hasta:

- Que usted decida cancelar su apelación,
- Diez (10) días calendario después de la decisión final de su apelación a menos que, dentro de esos 10 días, usted solicite una audiencia justa del Estado con continuación de servicios hasta que se llegue a una decisión final en la audiencia justa del Estado,
- La audiencia justa del Estado determine que DHMC no debe pagar por sus servicios o
- Finalice el tiempo límite de su autorización original de servicio.

Si DHMC o la oficina de la audiencia justa del Estado aprueba su apelación o audiencia justa del Estado (se reserva la decisión de negar sus servicios), y usted continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia justa del Estado, DHMC pagará por aquellos servicios. Si DHMC o la oficina de la audiencia justa del Estado llega a una decisión final que no concuerdan con su apelación, posiblemente deberá pagar por los servicios que recibió mientras esperaba por la decisión final de DHMC o de la oficina de la audiencia justa del Estado respecto a su apelación. Si DHMC o la oficina de la audiencia justa del Estado aprueba su apelación o audiencia justa del Estado (se reserva la decisión de negar sus servicios), y usted no continuaba con los servicios mientras pendía la decisión de su apelación o audiencia justa del Estado, DHMC comenzará a pagar por aquellos servicios tan pronto como su trastorno de salud lo requiera.

ADJUNTO A • Formulario de queja del afiliado
Denver Health Medicaid Choice
CONFIDENCIAL

Nombre del afiliado _____

Número de identificación del afiliado de Medicaid Choice _____

Número de los registros médicos del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____

Nombre del representante/tutor designado por el cliente del afiliado *(vea el formulario DCR que se encuentra al final de este manual)*

_____

Fecha del incidente _____ Número telefónico de contacto _____

Persona(s) o proveedor(es) involucrados _____

Describa lo que sucedió:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del afiliado/DCR/tutor _____

Fecha _____

Enviar a: **Denver Health Medicaid Choice**
A la atención de: Servicios al Afiliado – Coordinador de Quejas
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204-4507

Si tiene dudas sobre como presentar una queja, llame al 303-602-2116 o gratuitamente al 1-800-700-8140, los usuarios TTD/TTY deben llamar al 303-602-2129. Se puede enviar el formulario por fax al: 303-602-2133.

Por favor tenga en cuenta que: Se deben presentar todas las quejas dentro de los treinta días después de ocurrido el incidente.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

ADJUNTO B • Formulario de apelación del afiliado
Denver Health Medicaid Choice
CONFIDENCIAL

Nombre del afiliado _____

Número de identificación del afiliado de Medicaid Choice _____

Número de los registros médicos del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____

Nombre del representante/tutor designado por el cliente del afiliado *(vea el formulario DCR que se encuentra al final de este manual)*

_____

Fecha de la carta inicial de negación _____

¿Qué fue lo que se denegó? _____

Razón de la denegación (como figura en la carta) _____

Describa cualquier información nueva desde la revisión inicial de este asunto:

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del afiliado/DCR/tutor _____

Fecha _____

Enviar a: **Denver Health Medicaid Choice**
A la atención de: Servicios al Afiliado – Coordinador de Quejas
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204-0606

Si tiene dudas sobre como presentar una apelación, llame al 303-602-2116 o gratuitamente al 1-800-700-8140, los usuarios TTD/TTY deben llamar al 303-602-2129. Se puede enviar el formulario por fax al: 303-602-2133.

Por favor tenga en cuenta que: Para solicitar una apelación de una decisión respecto de una acción, se debe enviar este formulario dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha indicada en el aviso de acción.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

ADJUNTO C • Cómo designar a un representante personal
Denver Health Medicaid Choice
Para el uso y divulgación de información de salud protegida

Devolver el formulario completo a:
Denver Health Medicaid Choice – Coordinador de quejas
777 Bannock Street, MC6000, Denver, CO 80204
Teléfono 303-602-2116 Fax 303-602-2138

*** ***Incluir una copia de la tarjeta de identificación estatal, licencia de conducir o equivalentes del clientes tanto para el cliente como para el representante personal designado, y cualquier documentación disponible que represente autoridad legal*** ***

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 establece que usted tiene el derecho de que una o más personas actúen como su representante para tomar decisiones acerca de los usos y divulgación de su información de salud protegida. Usted puede limitar la cantidad de información de salud protegida sobre la que puede decidir el/los representante(s) personal(es) autorizado(s), y puede cancelar esto en cualquier momento. Vea la Política de Privacidad del Departamento y Procedimientos sobre Representantes Personales, conforme a 45 C.F.R. 164.502(g).

Fecha _____

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____***(su nombre con letra de molde)*** por la presente nombro a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal autorizado con respecto a las decisiones que involucren el uso y/o divulgación de información de salud protegida que sea de mi pertenencia.

Nombre del representante personal _____ Relación con el cliente _____

Últimos 4 dígitos del Nro. del Seguro Social del representante personal Teléfono del representante personal

Esta designación de un representante personal se hace con el objetivo de que el individuo designado actúe en mi nombre en:

____ Todas las acciones necesarias de mi parte en relación con el Denver Health Medical Plan o

____ Las acciones necesarias de mi parte para el siguiente propósito específico (marque la que corresponda):

☐ Queja ☐ Apelación ☐ Otro (especificar) _____

LÍMITES DE LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN PROVISTA (Marque una):

☐ A la persona nombrada arriba se le darán todos los privilegios que me serían dados respecto a mi información de salud protegida.

☐ La persona nombrada arriba actúa como mi representante designado SÓLO para la(s) siguiente(s) funcione(s):

_____

_____

Número de identificación estatal _____ Firma del cliente: _____

Fecha de nacimiento _____ Últimos 4 dígitos del Nro. del Seguro Social del cliente_____

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Entiendo que puedo cancelar este nombramiento en cualquier momento firmando la sección de revocación de abajo y devolviéndola a Denver Health Medicaid Choice en la dirección que figura arriba. Entiendo que cualquier revocación se puede aplicar sólo a divulgaciones o acciones futuras respecto de mi información de salud protegida y no puede cancelar acciones tomadas o divulgadas mientras la designación estaba en vigencia.

Ya no deseo que esta persona actúe como mi representante personal.

Firma: _____ Fecha:_____

Si tiene alguna duda o necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Afiliado llamando al 303-602-2116 o gratis al 1-800-700-8140.