



OBTENGA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA MIEMBROS DE KAISER PERMANENTE PARA EL PERIODO 2021-2022

Lo que debe saber antes, durante y después de la inscripción

You have the right, at no cost, to receive confidential language assistance services for your health care needs. Upon request, we can arrange for you to speak to an interpreter. If you would like additional information, please call Member Services. You'll find the phone numbers on the back of your ID card.

Tiene derecho a recibir, sin costo, servicios confidenciales de ayuda con el idioma para sus necesidades de atención médica. Si lo solicita, podemos facilitarle un intérprete. Si desea obtener información adicional, llame a Servicio a los Miembros. Encontrará los números de teléfono en el reverso de su tarjeta de identificación.

ለጤና እንክብካቤ ፍላጎቶቻዎ ሚስጥራዊ የሆነ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን የማግኘት መብት ያለ ምንም ወጪ አለዎት። ሲጠይቁን ከአስተርጓሚ ጋር እንዲያነጋግሩ ዝግጅት ማድረግ እንችላለን። ተጨማሪ መረጃ ከፈለጉ እባክዎን ለአባላት አገልግሎት ይደውሉ። የስልክ ቁጥሮችን በመታወቂያ ካርድዎ ጀርባ ላይ ያገኛሉ።

對於您的醫療保健需求，您享有免費獲取保密的語言協助服務的權利。如有需求，我們可以為您安排一名口譯員。如果您想要獲取其他資訊，請致電會員服務部。您可以在您的 ID 卡背面找到其電話號碼。

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ bảo mật miễn phí nhằm đáp ứng các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu, chúng tôi có thể sắp xếp để quý vị nói chuyện với một thông dịch viên. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại ở mặt sau thẻ Nhận dạng của quý vị.

Vous avez le droit de recevoir gratuitement des services confidentiels d'assistance linguistique pour vos besoins de soins médicaux. Sur demande, nous pouvons organiser un entretien avec un interprète. Pour toute information supplémentaire, veuillez appeler les Services aux membres. Vous trouverez les numéros de téléphone correspondants au verso de votre carte d'identification.

회원 여러분에게는 의료에 필요한 경우 비밀이 보장되는 언어 지원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 요청이 있을 경우 저희는 여러분에게 통역 서비스를 마련해 드릴 수 있습니다. 추가 정보가 필요한 경우, 회원 서비스부로 전화하십시오. 해당 전화번호는 여러분 ID 카드의 뒷면에서 확인할 수 있습니다.

ÍNDICE

Los beneficios de Kaiser Permanente para la atención especializada	2
Prevención	2
Comuníquese con nosotros.....	2
Derechos y responsabilidades de los miembros: nuestro compromiso mutuo.....	2
Cómo presentar un reclamo de reembolso.....	3
Facturación del saldo: aviso de protección	3
Procedimientos para presentar quejas de los miembros	4
Cómo elegir sus medicamentos.....	5
Infórmese para mantener un buen estado de salud	6
Información sobre el profesional médico que se da a los pacientes	6
Cómo elegir un médico de atención primaria para adultos.....	6
Información sobre el programa de calidad	6
Servicios de idiomas.....	7
Programa de supervisión de la utilización de servicios y de administración de recursos	7
Cómo lograr una mejor salud por medio de la administración de la atención	8
Investigación y aprobación de tecnología médica nueva y emergente.....	8
Servicios de administración de casos.....	9
Autorreferencia al programa de control de enfermedades.....	9
Referencia a especialistas.....	9
Información del directorio de proveedores	10
Atención para madres y recién nacidos de acuerdo con la Ley Federal de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres	10
Servicios de salud para la mujer en el Distrito de Columbia	10
Servicios de habilitación	10
Visitas a domicilio después de una cirugía.....	10
Aumentos propuestos a las tarifas	10
Hospitalización y visitas a domicilio luego de una mastectomía.....	10
Beneficios para enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por abuso de sustancias.....	11
Información importante relacionada con las instrucciones por anticipado	11
Su derecho a decidir	11
Parte I de las instrucciones por anticipado: selección del agente de atención médica.....	12
Parte II de las instrucciones por anticipado: preferencias de tratamiento (“testamento vital”)....	12
Cómo se les paga a los médicos.....	12
Cómo se gasta el dinero de la prima	13
Cómo protegemos su privacidad.....	13

Los beneficios de Kaiser Permanente para la atención especializada

Como miembro de Kaiser Permanente, usted cuenta con las ventajas de una experiencia de atención integrada. Además, cuando recibe servicios en un centro médico de Kaiser Permanente, incluidos los laboratorios, las farmacias y los centros de radiología; las funciones electrónicas y las tecnologías disponibles nos permiten mantenerlo conectado con todos los aspectos de su atención. Puede acceder a su información de salud de Kaiser Permanente en línea en cualquier momento desde kp.org/espanol.

Prevención

¿Sabe a qué edad debería empezar a hacerse los exámenes de detección de cáncer colorrectal? ¿O cuándo debería ponerse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)? Las pruebas de detección y las vacunas lo ayudan a lograr un buen estado de salud y mantenerlo. Recuerde aplicarse la vacuna anual contra la gripe.

Su equipo de atención médica está aquí para ayudarlo a tomar las decisiones adecuadas en el momento adecuado. Las cuestiones relacionadas con la atención preventiva dependen de lo siguiente:

- la edad,
- el sexo,
- los hábitos de salud,
- los antecedentes personales de salud.

Hemos desarrollado pautas basadas en la evidencia para niños y adultos. Estas pautas respaldan las recomendaciones de salud sobre las pruebas de detección de organizaciones como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Conozca qué pruebas de detección necesita en cada etapa de la vida en kp.org/prevencion. También le recomendamos que visite kp.org/vidasaludable/ean (haga clic en "Español") para disfrutar de las diversas herramientas disponibles, como clases, calculadoras, enciclopedias de salud y programas en línea, entre otros recursos. Regístrese en kp.org/espanol para acceder a funciones que solo están disponibles para los miembros.

Comuníquese con nosotros

Citas y consejos médicos las 24 horas

Puede llamar para hacer una cita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los consejos médicos también están disponibles en todo momento.

Para cualquiera de estos servicios, llame a estas líneas:

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **703-359-7878** (TTY 711).
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame al **800-777-7904** (TTY 711). Si su médico se encuentra en la comunidad, comuníquese directamente con su consultorio.

Si quiere dejar un mensaje que no sea urgente para un enfermero de consulta, los usuarios registrados pueden hacerlo en kp.org/espanol; recibirá una respuesta en un plazo de un día hábil.

Cómo volver a surtir medicamentos

Después de registrarse en kp.org/espanol, podrá ingresar en kp.org/pharmacy (haga clic en "Español") o en la aplicación de Kaiser Permanente para administrar sus medicamentos en línea. Llame al **800-700-1479**, disponible las 24 horas del día.

Servicio a los Miembros

Si necesita ayuda con su plan de salud o sus beneficios específicos o tiene preguntas, puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m.

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **301-468-6000** (TTY 711).
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame al **800-777-7902** (TTY 711).

Derechos y responsabilidades de los miembros: nuestro compromiso mutuo

Kaiser Permanente se compromete a ofrecerles servicios de atención médica de alta calidad a usted y a su familia. Para cumplir nuestro objetivo de colaborar con usted, le presentamos los derechos y las responsabilidades que compartimos al brindarle servicios de atención médica.

Derechos de los miembros

Como miembro de Kaiser Permanente, tiene derecho a lo siguiente:

RECIBIR LA INFORMACIÓN QUE NECESITA PARA PODER PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Esto incluye su derecho de hacer lo siguiente:

- a. participar activamente en las conversaciones y la toma de decisiones sobre sus opciones de atención médica;
- b. recibir y obtener ayuda para entender la información relacionada con su estado de salud o condición médica, incluidas todas las opciones de tratamiento y no tratamiento apropiadas y los riesgos asociados, sin importar cuál sea el costo o cuáles sean sus beneficios;
- c. recibir información y capacitación adecuadas que lo ayuden a mejorar su seguridad durante los ciclos de tratamiento;
- d. obtener información sobre los resultados de la atención médica que haya recibido, incluidos los resultados imprevistos. (cuando corresponda, quienes recibirán la información serán sus familiares u otras personas que usted haya designado);
- e. rechazar el tratamiento, siempre y cuando usted se haga responsable y acepte las consecuencias de su decisión;
- f. darle a alguien de confianza la autoridad legal necesaria para tomar decisiones en su nombre si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo al completar y presentar sus instrucciones por anticipado, un poder notarial para tomar decisiones sobre su salud, un testamento vital o alguna otra instrucción sobre los tratamientos de atención médica (usted puede anular o modificar estos documentos en cualquier momento);
- g. recibir información acerca de los proyectos de investigación que pueden afectar su atención médica o tratamiento, ya que tiene derecho a elegir participar en estos proyectos;
- h. acceder a su historia clínica y a cualquier información que tenga que ver con usted, a menos que lo prohíba la ley. Esto incluye el derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a su historia clínica. Revisaremos su solicitud según los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para determinar si la información que pidió que agreguemos es apropiada. Si aprobamos su solicitud, haremos la corrección o adición a su información médica protegida. Si denegamos la solicitud, le diremos la razón y le explicaremos su derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Se les pedirá a usted o a su representante autorizado que proporcionen una autorización por escrito antes de que se dé a conocer su historia clínica, a menos que la ley indique lo contrario.

RECIBIR INFORMACIÓN ACERCA DE KAISER PERMANENTE Y SU PLAN DE SALUD

Esto incluye su derecho a lo siguiente:

- a. recibir la información que necesita para elegir o cambiar de médico de atención primaria, incluidos los nombres, los niveles profesionales y las certificaciones de los médicos que lo atienden o tratan;
- b. recibir información sobre Kaiser Permanente, nuestros servicios, proveedores y profesionales médicos, así como los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro; también puede ofrecer sugerencias sobre las políticas de Kaiser Permanente que rigen los derechos y las responsabilidades de los miembros;
- c. recibir información acerca de los acuerdos financieros con los médicos que podrían afectar el uso de los servicios que usted podría necesitar;
- d. recibir servicios de emergencia cuando usted, como persona prudente y no profesional que actúa de manera razonable, crea que tiene una condición médica de emergencia;
- e. recibir cobertura para los servicios de urgencia que necesite cuando viaje fuera del área de servicio de Kaiser Permanente;
- f. recibir información sobre qué servicios están cubiertos y qué servicios debe pagar, y revisar la explicación de cualquier factura por los servicios que no están cubiertos;
- g. presentar una queja, una queja formal o una apelación sobre Kaiser Permanente o sobre la atención que recibió sin miedo a recibir represalias o discriminación; esperar que los problemas se analicen de manera justa; y obtener un acuse de recibo y una resolución de manera oportuna.

RECIBIR ATENCIÓN Y SERVICIOS PROFESIONALES

Esto incluye su derecho a lo siguiente:

- a. consultar a los proveedores del plan, obtener los servicios de atención médica cubiertos y recibir sus medicamentos en un periodo razonable y de manera eficaz, rápida, atenta y profesional;

- b. pedir que su atención médica, historias clínicas e información médica protegida permanezcan confidenciales y se administren de manera que se respete su privacidad;
- c. ser tratado con respeto y dignidad;
- d. solicitar que un miembro del personal esté presente para acompañarlo durante las citas o los exámenes médicos;
- e. conocer y ejercer sus derechos y responsabilidades sin ningún tipo de discriminación por su edad, sexo, orientación sexual, raza, origen étnico, religión, incapacidad, condición médica, país de origen, antecedentes educativos, habilidades de lectura, capacidad de hablar o leer en inglés, o estado económico o de salud, incluidas las incapacidades mentales o físicas que pudiera tener;
- f. solicitar servicios de interpretación en su idioma principal sin costo;
- g. recibir atención médica en centros que ofrezcan un entorno seguro y accesible para todos.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de Kaiser Permanente, usted tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

FOMENTAR SU BUENA SALUD

- a. Participe en su atención médica y tenga hábitos saludables.
- b. Elija un médico de atención primaria. Puede elegir un médico cuya especialidad sea medicina interna, pediatría o medicina familiar como su médico de atención primaria.
- c. Dé a su médico o a cualquier otro profesional del cuidado de la salud que lo atienda la información más precisa y completa que pueda sobre sus antecedentes de salud y su condición médica.
- d. Colabore con nosotros para ayudarnos a comprender sus problemas de salud y desarrollar metas de tratamiento que hayamos acordado mutuamente.
- e. Hable con su médico o profesional del cuidado de la salud si tiene preguntas, o si no entiende algún aspecto de su tratamiento médico o no está de acuerdo con este.
- f. Haga todo lo que esté a su alcance para mejorar su salud siguiendo el plan de tratamiento y las instrucciones que su médico o profesional del cuidado de la salud le recomienden.
- g. Haga las citas de atención médica que su médico o profesional del cuidado de la salud le recomienden.
- h. Acuda a las citas programadas o cáncelas con la mayor antelación posible.
- i. Infórmenos si ya no vive o trabaja dentro del área de servicio del plan.

CONOCER Y ENTENDER SU PLAN Y SUS BENEFICIOS

- a. Lea sobre sus beneficios de atención médica y familiarícese con ellos. En su contrato, encontrará información detallada sobre su plan, los beneficios y los servicios cubiertos. Si tiene preguntas o dudas, llámenos.
- b. Pague las primas de su plan y traiga dinero a la consulta para pagar el copago, el coseguro o el deducible, cuando corresponda.
- c. Háganos saber si tiene preguntas, dudas, dificultades o sugerencias.
- d. Infórmenos si tiene algún otro seguro o cobertura de medicamentos.
- e. Infórmeles a cualquier red o proveedor no participante que le brinde atención que está inscrito en nuestro plan.

FOMENTAR EL RESPETO Y LA SEGURIDAD DE LOS DEMÁS

- a. Trate a los demás con la misma cortesía y respeto que espera recibir cuando busca servicios de atención médica.
- b. Garantice un ambiente seguro para los demás miembros, el personal y los médicos por medio de evitar amenazar o hacer daño a otras personas.

Cómo presentar un reclamo de reembolso

Puede enviar una solicitud de reembolso de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos que reciba de médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica como un reclamo de beneficios. Envíe su solicitud al Plan de Salud por correo postal junto con las facturas detalladas, los recibos y toda la documentación de respaldo a esta dirección:

National Claims Administration - Mid Atlantic States
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

Como alternativa, puede enviar su solicitud por fax de manera segura al **866-568-4184**. Sin embargo, debido a que la calidad de la imagen puede variar cuando envía documentos por fax, le recomendamos que envíe las solicitudes de reembolso por correo postal. Los documentos ilegibles se devolverán al remitente y se le pedirá que proporcione la documentación con una calidad más clara para procesar su solicitud.

Las solicitudes de reembolso deberán enviarse al Plan de Salud antes de que pase un año desde que se recibieron los servicios cubiertos. Si no se envía la solicitud dentro de ese plazo, no se invalidará ni reducirá la cantidad del reclamo si existe un motivo razonable por el cual no fue posible enviar la solicitud antes de la fecha indicada, y si el reclamo se envía antes de que se cumplan dos años de la fecha en que se recibió el servicio. La incapacidad legal de un Miembro suspenderá el tiempo en que se puede presentar el reclamo. Dicho periodo de suspensión termina cuando se recupera la capacidad legal.

Antes de que pasen 30 días a partir de que recibamos su solicitud, le enviaremos una declaración de la *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits) con los detalles de lo que debe pagar usted y lo que pagará el Plan de Salud. Usted tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud de no pagar la totalidad o una parte del reclamo.

Nota: Este aviso se aplica únicamente a los miembros que tienen cobertura con los contratos vendidos a las empresas y a los individuos residentes en Maryland. Si su cobertura se basa en otro estado, revise su contrato para conocer los detalles específicos sobre cómo presentar reclamos de reembolso. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación para miembros.

Facturación del saldo: aviso de protección

La protección de la facturación del saldo corresponde a los servicios que no pertenecen a la red:

Desde el 1 de enero de 2021, las leyes del estado de Virginia pueden protegerlo de la "facturación del saldo" cuando recibe estos servicios:

- **servicios de emergencia** de un hospital o de un médico que no pertenece a la red, o de cualquier otro proveedor médico en un hospital;
- **servicios complementarios o quirúrgicos que no sean de emergencia** de un laboratorio o un profesional del cuidado de la salud que no pertenecen a la red, en un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio u otro centro de atención médica de la red.

¿Qué es la facturación del saldo?

- Un proveedor de atención médica "**de la red**" firmó un contrato con su plan de seguro de salud. A los proveedores que no firmaron un contrato con su plan de salud se los llama proveedores "**que no pertenecen a la red**".
- Los proveedores de la red acordaron aceptar los montos que su plan de salud paga después de que usted, el paciente, haya pagado todos los costos compartidos requeridos (copagos, coseguro y deducibles por los servicios cubiertos).
- Sin embargo, si usted recibe toda su atención médica o parte de ella de proveedores que no pertenecen a la red, se le podría cobrar la diferencia entre lo que su plan le paga al proveedor y el monto que el proveedor le factura a usted. Esto se denomina "facturación del saldo".
- La nueva ley de Virginia evita cierta facturación del saldo, **pero no se aplica a todos los planes de salud.**

Se aplica a lo siguiente	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de atención médica administrada con cobertura completa, incluso aquellos que se compran a través de CuidadoDeSalud.gov • Plan de salud para empleados del estado • Planes de salud de grupo de inscripción voluntaria
Puede aplicarse a lo siguiente	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura provista por un empleador • Planes de salud emitidos para un empleador fuera de Virginia • Planes con una duración limitada a corto plazo
No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de salud emitidos para una asociación fuera de Virginia • Planes de salud que no usan una red de proveedores • Planes de beneficios limitados

¿Cómo puedo averiguar si estoy protegido?

Revise los documentos de su plan o comuníquese con el plan de salud para averiguar si esta ley lo protege. Cuando programe un servicio médico, pregúntele a su proveedor de atención médica si está dentro de la red. Las aseguradoras tienen la obligación de informarle (por medio de sus sitios web o si lo solicita) cuáles son los proveedores de sus redes. Los hospitales y otros proveedores de atención médica también deben informarle (por medio de sus sitios web o si lo solicita) los planes de seguro con los que tienen contrato como proveedores de la red. Cuando sea posible, reciba atención médica de proveedores de la red para evitar pagar más.

Después de que reciba los servicios médicos, su plan de salud le enviará una *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) en la cual se indica lo que usted le debe pagar al proveedor. Guarde la EOB y revise que las facturas que haya recibido no superen la cantidad indicada.

¿Cuándo no corresponde una facturación del saldo?

Si la nueva ley se aplica a su plan de salud, un proveedor que no pertenece a la red no puede facturar el saldo ni cobrar más que el costo compartido dentro de la red de su plan por (1) atención de emergencia o (2) cuando recibe servicios de laboratorio o profesionales (como cirugía, anestesiología, patología, radiología y servicios hospitalarios) en un centro de la red.

¿Qué debo saber sobre estas situaciones?

El monto de su costo compartido se basará en lo que su plan le paga usualmente a un proveedor de la red en su área. Estos pagos deben tenerse en cuenta para alcanzar su límite de gastos de bolsillo y deducible de la red. Si el proveedor que no pertenece a la red le cobra más que esto, deberá reembolsarle el excedente con intereses.

Excepción: Si usted tiene un plan de salud con deducible alto con una cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) o un plan de salud para catástrofes, debe pagar cualquier monto adicional que el plan tenga que pagarle al proveedor, hasta que alcance el monto de su deducible.

¿Qué ocurre si me facturan de más?

Si se le factura un monto mayor al que le corresponde pagar según su EOB, o cree que le han facturado incorrectamente, puede presentar una queja ante la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa del Estado (State Corporation Commission, SCC).

Para comunicarse con la Comisión de Bolsa y Valores (Securities and Exchange Commission, SEC) y hacer preguntas sobre este aviso (formulario 405-A, vigente desde enero de 2021), visite scc.virginia.gov o llame al **877-310-6560**.

Procedimientos para presentar quejas de los miembros

Usted tiene derecho a dejar un comentario positivo o presentar una queja ante Kaiser Permanente. Le pedimos que nos informe si la atención que recibió como miembro de Kaiser Permanente fue excelente o si ha tenido alguna duda o algún problema.

Los representantes de Servicio a los Miembros se dedican a responder preguntas sobre sus beneficios del plan de salud, los servicios disponibles y los centros donde puede recibir atención. Por ejemplo, pueden explicarle cómo hacer su primera cita con el médico, qué debe hacer si se muda o si necesita atención cuando esté de viaje y cómo reemplazar una tarjeta de identificación. También pueden ayudarlo a presentar un reclamo por los servicios de emergencia o de atención de urgencia, tanto dentro como fuera del área de servicio, o presentar una apelación.

En la mayoría de las oficinas administrativas de los centros médicos de Kaiser Permanente se brinda ayuda a los miembros y hay especialistas en recursos, o bien, puede llamar a Servicio a los Miembros.

Los comentarios positivos y las quejas por escrito deben enviarse a la siguiente dirección:

Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road, NE
Atlanta, GA 30305-1736
Fax: **404-364-4743**

Un representante de Servicio a los Miembros coordinará con los departamentos correspondientes para investigar y resolver su queja. Si su queja está relacionada con que el plan de salud haya tomado la decisión de no autorizar algún servicio médico o medicamento, o de no pagar un reclamo, usted tiene el derecho de presentar una apelación.

Casos de urgencia médica

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN URGENTE

Es posible presentar apelaciones aceleradas en casos de urgencia médica. En esos casos, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.

Fuera del horario de atención, puede llamar a un enfermero de consulta:

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **703-359-7878 (TTY 711)**.
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame sin costo al **800-777-7904 (TTY 711)**.

APELACIONES NO URGENTES

Las apelaciones de servicios que no son urgentes deben entregarse por escrito. Cuando lo haga, incluya:

- el nombre del miembro y su número de historia clínica,
- una descripción del servicio o del reclamo que se denegó,
- la razón por la que cree que el Plan de Salud debería autorizar el servicio o pagar el reclamo,
- una copia de la notificación de denegación que recibió.

Envíe su apelación a esta dirección:

Kaiser Permanente Member Services
Appeals Unit
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305-1736
Fax: **404-364-4743**

Un analista de apelaciones recibirá su solicitud, le indicará si necesita alguna información adicional y lo ayudará a obtener información cuando sea necesario. El analista también llevará a cabo una investigación y preparará su solicitud para que la revise el comité de apelaciones o quejas formales. Una vez que se complete la revisión, usted recibirá una notificación por escrito de la decisión del plan de salud con respecto a su solicitud de apelación o queja formal. También recibirá información sobre cualquier nivel adicional de revisión disponible que pueda solicitar. La información detallada sobre los procedimientos para enviar comentarios positivos y quejas o para presentar una apelación o queja formal está en su *Evidencia de Cobertura* (Evidence of Coverage), su *Acuerdo de Membresía* (Membership Agreement) o, si es miembro del programa Federal Employees Health Benefits (FEHB), el folleto federal (*RI 73-047*).

Derecho a una revisión independiente

Nos comprometemos a garantizar que sus dudas se escuchen y resuelvan de manera justa y adecuada. Una vez que haya agotado sus derechos de presentar quejas y apelaciones ante Kaiser Permanente, si aún tiene dudas sobre la atención médica y considera que el Plan de Salud no se ha ocupado de ellas de manera satisfactoria, tiene derecho a solicitar una revisión independiente.

Además, según los requisitos estatales o federales, es posible que tenga derecho a solicitar una revisión independiente estándar o acelerada antes de que se complete el proceso de apelación interna de Kaiser Permanente, o al mismo tiempo que se procesa su apelación interna, en los siguientes casos:

- El Plan de Salud no procesa su apelación dentro del plazo requerido.
- El Plan de Salud no comparte las pruebas nuevas o adicionales que se consideran, se usan o se generan en relación con su apelación.
- El Plan de Salud no proporciona una justificación nueva o adicional antes de tomar una decisión final.
- La determinación adversa está relacionada con el cáncer.
- Está recibiendo un ciclo de tratamiento.
- La posible demora con la que se recibe un servicio de atención médica hasta que se complete el proceso de queja formal o apelación interna podría ocasionar (a) la muerte, (b) la deficiencia grave de una función del cuerpo, (c) la disfunción grave de un órgano del cuerpo, (d) la continuación de una enfermedad mental con síntomas que pueden resultar peligrosos para sí mismo o para otros, o (e) síntomas graves de abstinencia en forma continua.

Puede solicitar una revisión independiente si se comunica con una de las siguientes agencias. Consulte su contrato para obtener detalles específicos sobre sus derechos relacionados con la revisión independiente y para saber con qué agencia debe comunicarse.

EN MARYLAND

■ Office of the Attorney General

Consumer Protection Division
Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Place
Baltimore, MD 21202
877-261-8807 (línea telefónica sin costo)
Sitio web: www.marylandattorneygeneral.gov

■ Maryland Insurance Administration

Appeals and Grievance Unit
200 St. Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000
800-492-6116 (línea telefónica sin costo)
800-735-2258 (línea telefónica TTY sin costo)
410-468-2270 o 410 468 2260 (fax)
Sitio web: www.mdinsurance.state.md.us

EN VIRGINIA

■ Office of the Managed Care Ombudsman

Virginia Bureau of Insurance
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
877-310-6560 (línea telefónica sin costo)
804-371-9032 (área metropolitana de Richmond)
804-371-9944 (fax)
Sitio web: scc.virginia.gov/pages/Office-of-the-Managed-Care-Ombudsman
Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov

■ State Corporation Commission

Bureau of Insurance, Life and Health Division
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
804-371-9691
877-310-6560 (línea telefónica sin costo)
804-371-9206 (TDD)
Sitio web: scc.virginia.gov/pages/Consumers

■ The Office of Licensure and Certification

Department of Health
9960 Mayland Drive, Suite 401
Richmond, VA 23233-1463
804-367-2106
800-955-1819 (línea telefónica sin costo)
804-527-4503 (fax)
Sitio web: vdh.virginia.gov/licensure-and-certification
Correo electrónico: OLC-Complaints@vdh.virginia.gov

EN EL DISTRITO DE COLUMBIA

■ Office of Health Care Ombudsman and Bill of Rights

One Judiciary Square
441 4th St. NW, 900 South
piso 9
Washington D. C. 20001
202-724-7491
877-685-6391 (línea telefónica sin costo)
202-442-6724 (fax)
Sitio web: www.healthcareombudsman.dc.gov
Correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov

PARA LOS EMPLEADOS FEDERALES

■ United States Office of Personnel Management

Insurance Services Programs
Health Insurance Group 3
1900 E St. NW
Washington D. C. 20415-3630
202-606-0755
Sitio Web: www.opm.gov

Cómo elegir sus medicamentos

Kaiser Permanente tiene una lista de medicamentos disponibles, o lista de medicamentos preferidos, para ayudar a su médico a escoger el medicamento adecuado para usted. La lista de medicamentos disponibles incluye muchas clases de medicamentos para tratar diversas afecciones médicas.

Antes de incluir un medicamento en la lista de medicamentos disponibles, un comité de médicos y farmacéuticos de Kaiser Permanente lleva a cabo una revisión completa, en la que se analizan:

- la seguridad;
- la eficacia (qué tan bien funciona el medicamento para la condición médica);
- el valor terapéutico (qué tan bien funciona el medicamento en comparación con otros que podrían funcionar de la misma forma o de manera similar);
- los efectos secundarios;
- las interacciones con otros medicamentos;
- el costo (cuando la seguridad, la eficacia y los efectos secundarios de dos o más medicamentos son iguales).

La lista de medicamentos disponibles incluye medicamentos de marca y genéricos (los medicamentos genéricos contienen los mismos principios activos que los de marca) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por ser seguros y eficaces para su uso. En la mayoría de los casos, su médico le recetará un medicamento genérico si hay uno disponible. Algunos medicamentos de la lista pueden tener otros requisitos o límites de cobertura según el beneficio de medicamentos que usted tenga. Se incluye información específica en la lista de medicamentos disponibles. Sin embargo, no se incluyen protocolos de terapia escalonada. Antes de hacer alguna conversión terapéutica, deberá hablar con su médico, quien tendrá que aprobarla.

Si cree que necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos, hable con su médico. El proceso de excepciones para los medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos¹ está vigente para que usted y su médico accedan a un medicamento médicamente necesario como parte de su beneficio de medicamentos, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Su médico deberá proporcionar evidencia de que el medicamento solicitado que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos es médicamente necesario; de lo contrario, usted deberá pagar su precio completo (no solo su copago de medicamentos). Para iniciar el proceso de excepciones para medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos, comuníquese con Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902 (TTY 711)** o visite kp.org/espanol para enviar un correo electrónico a su médico.

Si usted o su médico desean solicitar que se agregue un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos cubiertos o que se quite un medicamento que ya está incluido en esta lista, puede completar el formulario de solicitud en kp.org/espanol o llamar a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902 (TTY 711)**.

El costo de los medicamentos puede variar según el tipo de medicamento y el beneficio de medicamentos que usted tiene. Los detalles sobre su beneficio de medicamentos se pueden encontrar en el contrato de su plan de beneficios de salud. Si tiene preguntas o dudas, o desea apelar el costo de un medicamento o la decisión sobre un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos y que su médico no consideró médicamente necesario, debe comunicarse con Servicio a los Miembros. Sus beneficios de medicamentos pueden cambiar de un año a otro, así que asegúrese de consultar su contrato para conocer el beneficio de medicamentos de su plan de beneficios de salud.

Puede encontrar la versión más actualizada de la lista de medicamentos disponibles en línea en kp.org/espanol, o bien puede solicitar una copia de la lista a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902 (TTY 711)**.

¹ **Nota:** El proceso de excepciones para medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos cubiertos de Kaiser Permanente de los Estados Unidos (KPMAS) no se aplica a las personas que compraron un plan por medio de un mercado público, privado o de grupo pequeño. Para esos miembros, cualquier medicamento no preferido o que no esté incluido en la lista de medicamentos cubiertos se aprobará sin tener que demostrar que es médicamente necesario, y el copago se determinará según el nivel del medicamento y el copago o coseguro que usted tenga, como se define en su documento de cobertura, *Acuerdo de Membresía o Evidencia de Cobertura*, respectivamente.

Los mercados, que a veces se llaman "intercambios", generalmente son lugares administrados por el gobierno estatal o federal donde las personas pueden comprar planes de cobertura de salud. Incluyen sitios web, centrales de llamadas y locales físicos para que pueda obtener cobertura en línea, por teléfono o personalmente. Podrá comparar y elegir planes de salud ofrecidos por compañías privadas, obtener respuestas a preguntas y averiguar si es elegible para recibir asistencia financiera o participar en programas especiales. Los mercados también contarán con un programa Small Business Health Options Program (SHOP), donde los empleadores de pequeñas empresas podrán comprar cobertura para sus empleados.

Pueden aplicarse cambios a la lista de medicamentos disponibles con regularidad en función de las decisiones que se toman durante las reuniones mensuales del Comité de Farmacia y Terapéutica. Visite nuestro el sitio web, kp.org/espanol, de forma rutinaria para ver las actualizaciones recientes o los cambios que se hicieron a la lista de medicamentos disponibles.

Cómo reducir potencialmente el costo de los copagos de medicamentos

Como beneficio adicional, puede ahorrar tiempo y dinero a la hora de volver a surtir los medicamentos con el Sistema de Surtido. Este servicio, recomendado para los medicamentos de rutina (de mantenimiento), le permite hacer su pedido por teléfono. Con el Sistema de Surtido también puede averiguar si ya están listos los medicamentos que pidió volver a surtir.

Llame sin costo al **800-700-1479**, en cualquier momento del día o de la noche (TTY **703-466-4835**), y siga las instrucciones. Si tiene que volver a surtir sus medicamentos, seleccione la opción para que se los envíen por correo ¹ sin cargo adicional. Normalmente recibirá su pedido en un plazo de 5 a 7 días hábiles. Para que el servicio sea más rápido, puede recoger los medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestros consultorios médicos.

Es posible que pueda ahorrar más dinero si usa la opción de entrega de medicamentos a domicilio. Consulte su contrato para obtener información detallada sobre los beneficios de medicamentos y los servicios disponibles.

Surta sus medicamentos en línea y lleve un registro

Estar al día con sus medicamentos es más fácil cuando los administra en línea. Hay muchas maneras convenientes de surtir y administrar los medicamentos sin salir de su casa, como establecer recordatorios de cuándo debe volver a surtirlos, hacer el seguimiento de los pedidos y otras funciones.

Para la mayoría de los medicamentos, se puede ahorrar el viaje hasta la farmacia y recibir:

- recordatorios para volver a surtir los medicamentos por mensaje de texto, notificaciones desde la aplicación para dispositivos móviles o correos electrónicos cuando los medicamentos están disponibles para hacer un pedido; los recordatorios por mensaje de texto le permiten hacer el pedido para volver a surtir con solo responder el mensaje;
- el estado actualizado de la información de sus pedidos (incluidos los problemas de envío o retrasos) por mensaje de texto o correo electrónico;
- las opciones de envío convenientes, que incluyen el envío estándar sin costo extra (generalmente en un plazo de 3 a 5 días) o envíos durante el mismo día o al día siguiente por una tarifa adicional.¹

Regístrese en kp.org/pharmacy (haga clic en "Español") o use la aplicación de Kaiser Permanente para administrar sus medicamentos en línea.

Infórmese para mantener un buen estado de salud

Lo invitamos a conocer más sobre la trayectoria profesional de su médico y la calidad de los hospitales de la zona. Estar informado puede ayudarlo a mantenerse sano. Además de kp.org/espanol, hay muchos otros sitios que proporcionan información útil.

Para encontrar información sobre los estudios, las capacitaciones y las certificaciones de su médico, visite la sección "Encontrar médicos y centros" en kp.org/espanol. También puede llamar a Servicio a los Miembros. Cada estado requiere que los médicos tengan licencia en su jurisdicción para poder ejercer. Las autoridades de cada estado que otorgan las licencias ponen a disposición del público cierto tipo de información. Si desea obtener más información acerca de los estudios, la formación y el estado de la licencia de cualquier médico que ejerce en nuestras áreas de servicio, visite los siguientes sitios web.

- Maryland: visite www.mbp.state.md.us/bpqapp.
- Virginia: visite www.vahealthprovider.com/search.asp.
- Washington D. C.: visite <https://app.hpla.doh.dc.gov/weblookup>.

¹ Nota: Existen restricciones para los tipos de medicamentos que podemos enviar por correo, y actualmente no hacemos envíos a los 50 estados debido a restricciones de licencias. Si desea hacer un pedido con envío a una dirección fuera de los estados del Atlántico Medio (Distrito de Columbia, Maryland y Virginia), comuníquese con el servicio de entrega de medicamentos a domicilio para confirmar que hagan envíos a ese sitio antes de hacer el pedido para volver a surtir sus medicamentos.

La autorización de una junta indica que un médico ha superado los requisitos necesarios para obtener la licencia y ha cumplido los requisitos de certificación establecidos por una junta de especialidad. El estado de médico autorizado por la junta indica que el profesional tiene el conocimiento, las habilidades y la experiencia correspondientes que se necesitan para ofrecer atención de calidad en un área específica de la medicina. Para verificar si un médico está autorizado por 1 de las 24 juntas de especialidad acreditadas por la American Board of Medical Specialties (Junta Estadounidense de Especialidades Médicas), visite www.abms.org. El 95 % de los médicos en Mid-Atlantic Permanente Medical Group están certificados por la junta correspondiente. Los hospitales y centros de enfermería están autorizados por la jurisdicción en la que funcionan. Además, hay otras entidades reguladoras o de acreditación que evalúan la calidad.

Para encontrar información acerca de la calidad de un hospital, un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o un centro de enfermería especializada en particular, consulte estos sitios web:

- The Joint Commission (Comisión Conjunta): jointcommission.org
- Maryland Health Care Commission (Comisión de Atención Médica de Maryland): mhcc.maryland.gov
- Quality Improvement Organization for the State of Maryland (Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Estado de Maryland): qioprogram.org/locate-your-qio
- Virginia Health Information (Información de Salud de Virginia): vhi.org
- Sitio oficial del gobierno de los Estados Unidos para las personas que tienen Medicare: es.medicare.gov/

También lo invitamos a consultar la información específica de cada hospital acerca de las prácticas de seguridad. The Leapfrog Group trabaja para identificar los problemas que podrían afectar a los pacientes y propone soluciones destinadas a mejorar los sistemas de hospitales y reducir los errores médicos evitables.

Los siguientes hospitales afiliados a Kaiser Permanente han completado la Encuesta de Calidad y Seguridad Hospitalaria de The Leapfrog Group:

- Reston Hospital Center
- Sinai Hospital
- University of Maryland Medical Center

Los resultados de la encuesta están disponibles en leapfroggroup.org. Kaiser Permanente no puede garantizar la exactitud, la exhaustividad ni la integridad de los datos proporcionados a través de los sitios web comerciales. (Algunos sitios cobran una tarifa por cada pregunta). Se recomienda a los miembros que tengan cuidado al recopilar información de estos sitios o sacar conclusiones acerca de la calidad general de la atención de un proveedor de atención médica que se basen exclusivamente en estos datos. Los datos de esas fuentes podrían no ser confiables: es posible que no estén validados adecuadamente o que no usen las metodologías de ajuste de riesgos adecuadas que anularían las disparidades de casos entre los centros de atención o los profesionales médicos.

Información sobre el profesional médico que se da a los pacientes

Por ley, los doctores en medicina, osteopatía y podología que ejercen en Virginia deben dar a los pacientes, si estos así lo solicitan, información acerca de cómo obtener los registros del proveedor en cuanto a sus estudios, licencia, especialidad, años en el ejercicio de la profesión, dirección de su consultorio, información sobre sanciones y cualquier otra información relacionada con sus aptitudes.

Para obtener esta información directamente, puede comunicarse con el Consejo Médico de Virginia (Virginia Board of Medicine) en vahealthprovider.com.

Cómo elegir un médico de atención primaria para adultos

Los miembros que hayan cumplido 18 años están en edad de elegir un médico de atención primaria. Pueden hacerlo a través de kp.org/doctor (en inglés) o comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda.

Información sobre el programa de calidad

En Kaiser Permanente nos comprometemos a ofrecerle una atención médica de calidad y a un costo razonable. Nuestros médicos y administradores colaboran para mejorar la atención, los servicios y el desempeño general de nuestra organización. Participamos en varios informes independientes sobre la calidad de la atención y los servicios para que usted cuente con información confiable sobre la calidad de la

atención que proporcionamos y con un método que le permita comparar nuestro desempeño con el de otros planes de salud de la región.

Estos son algunos de los informes sobre calidad en los que participamos:

- el del Comité Nacional para el Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para el estado de la acreditación del plan de salud;
- el del Conjunto de Datos e Información sobre el Empleador para el Plan de Salud (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS) sobre la eficacia clínica de la atención y los parámetros de desempeño;
- el de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS), que mide el nivel de satisfacción del miembro respecto al plan de salud.

Los planes comerciales de Kaiser Permanente tienen el estado de acreditado por parte del NCQA desde 2021 hasta 2022. Esta acreditación del plan de salud se otorga solamente a los planes de salud que cumplan o superan los rigurosos requisitos del NCQA en lo que respecta a la protección del consumidor y al mejoramiento de la calidad. Para ver el informe completo, visite ncqa.org. El NCQA es el organismo más destacado del país encargado de supervisar las organizaciones de atención médica administrada. Para obtener más información acerca del programa de calidad o solicitar una copia de este programa u otra información, incluido un informe sobre nuestros avances respecto a las metas de mejoramiento de la calidad, llame a Servicio a los Miembros o visite kp.org/quality (haga clic en "Español").

Servicios de idiomas

Como parte de la misión de Kaiser Permanente, estamos comprometidos a proporcionar acceso a una atención de calidad y a un servicio culturalmente competente a todos nuestros valiosos miembros, sin importar la preferencia de idioma, la capacidad auditiva o los antecedentes culturales. Usted tiene el derecho de recibir servicios de idiomas sin costo para las cuestiones relacionadas con su salud. Estos servicios están disponibles, por lo que puede estar seguro de que podrá comunicarse sin problemas cuando llame o visite un centro médico de Kaiser Permanente. Los servicios de idiomas incluyen:

- **Acceso a un intérprete las 24 horas.** Lo comunicaremos con una persona que hable su idioma cuando nos llame para hacer una cita o para hablar con un enfermero de consulta, su médico o un representante de Servicio a los Miembros.
- **Servicios de traducción.** Es posible que algunos de los materiales para los miembros estén disponibles en su idioma de preferencia. Para solicitar materiales para miembros en su idioma de preferencia, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.
- **Médicos y personal bilingües.** En algunos centros médicos y centros de atención, contamos con médicos y personal bilingües que pueden ayudarlo con las cuestiones relacionadas con su salud. Puede llamar a Servicio a los Miembros o buscar en línea en el directorio de personal médico en kp.org/espanol.
- **Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones.** Si es sordo o tiene un trastorno auditivo o del habla, contamos con números de acceso al Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS) que puede usar para hacer una cita o hablar con un enfermero de consulta, su médico o un representante de Servicio a los Miembros.
- **Braille o impresión en letra grande.** Si es ciego o tiene problemas de la vista, puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar documentos en braille o impresos en letra grande.
- **Servicios de interpretación en lenguaje de señas.** Estos servicios están disponibles para las consultas.
- **Recursos educativos.** Algunos materiales de promoción de la salud seleccionados están disponibles en idiomas extranjeros si se solicitan. Para acceder a información y muchos recursos educativos en español, visite kp.org/espanol o kp.org para acceder a *La Guía en Español (the Guide in Spanish)*. También puede buscar la letra "ñ" en el sitio web en inglés. La "ñ" señala contenido relevante disponible en español en *La Guía en Español*.
- **Etiquetas de los medicamentos.** Si lo solicita, el farmacéutico puede proporcionar etiquetas en español para la mayoría de los medicamentos que se surten en su farmacia de Kaiser Permanente.

Recopilación de información sobre la raza, el origen étnico y la preferencia de idioma

Para atender las cuestiones relacionadas con el idioma de nuestros miembros y proporcionar servicios que sean adecuados según la

cultura, necesitamos información que nos ayude a crear programas y recursos adicionales. Como parte de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas, nos esforzaremos por recopilar datos demográficos y de preferencia de idioma de forma rutinaria. Cuando visite un centro médico, se le pedirá que proporcione su información demográfica, que incluye raza, origen étnico y preferencia de idioma.

En Kaiser Permanente, estamos comprometidos a brindar atención médica a todos nuestros miembros, independientemente de su raza, origen étnico o preferencia de idioma. Usted decidirá si desea proporcionar su información demográfica. La información es confidencial y se usará únicamente para mejorar la calidad de la atención que se ofrece a usted y a los demás miembros del Plan de Salud. Esta información también nos permite cumplir las normas de presentación de informes necesarias que garantizan la no discriminación en la prestación de la atención médica. Si desea obtener información adicional, llame a Servicio a los Miembros. Creemos que al conocer sus preferencias culturales y de idioma podemos personalizar más fácilmente la atención y los servicios a lo que usted necesita.

Programa de supervisión de la utilización de servicios y de administración de recursos

Atención eficaz y de calidad a través de la administración de recursos

Para garantizar que haya una buena administración de los recursos, contamos con varios programas diseñados para revisar y mejorar continuamente nuestros sistemas y la calidad de la atención y los servicios que reciben nuestros miembros.

Compromiso con la calidad y el cumplimiento

El Plan de Salud y el grupo médico evalúan con regularidad la calidad de la atención y revisan la forma en la que se usan la atención y los servicios para garantizar que sigamos destacándonos por nuestra calidad en la zona del Atlántico Medio. También tenemos personal que revisa nuestros programas para asegurarse de que cumplamos las leyes y las regulaciones, y que administremos los beneficios de manera apropiada.

Supervisión de la utilización de servicios en Kaiser Permanente

Los médicos personales proporcionan y coordinan la atención médica adecuada para nuestros miembros en tiempo y forma. La supervisión de la utilización de servicios (utilization management, UM) es el proceso mediante el cual Kaiser Permanente colabora con su médico personal para asegurarse de que usted reciba la autorización necesaria para obtener la atención médicamente adecuada antes de que se le brinden servicios opcionales. Las actividades de UM se llevan a cabo en todas las instalaciones de atención médica de Kaiser Permanente, incluidos los centros médicos, los hospitales afiliados, los centros de enfermería especializada, los centros de rehabilitación, los servicios de salud domiciliaria, los centros de cuidados paliativos, los centros de farmacodependencia, las salas de emergencias, los centros de cirugía ambulatoria, los laboratorios, las farmacias y los centros de radiología. Si desea obtener más información sobre el programa de administración de recursos y supervisión de la utilización de servicios, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros, quien podrá darle información sin costo sobre el estado de una referencia o una autorización; darle una copia sin costo de los criterios, pautas o protocolos que usamos para la toma de decisiones; responder sus preguntas sobre una decisión de denegación; o comunicarlo con un miembro del equipo de administración de recursos y supervisión de la utilización de servicios. Los miembros del personal de UM están disponibles al menos 8 horas al día durante los horarios habituales de atención para llamadas entrantes por cobrar o sin costo relacionadas con asuntos de supervisión de la utilización de servicios. El personal de UM puede recibir llamadas entrantes relacionadas con estos asuntos después de los horarios habituales de atención. Para comunicarse con el personal de UM, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Cuando haga o devuelva llamadas relacionadas con asuntos de supervisión de la utilización de servicios, nuestro personal se identificará con su nombre, su cargo y el nombre de la organización.

La accesibilidad es importante para todos los miembros, incluidos los que necesitan atención especial. El personal de Kaiser Permanente puede enviar y recibir mensajes a los miembros sordos, con deficiencia auditiva o con deficiencia del habla por medio de Servicio a los Miembros. Los miembros que no hablan inglés pueden conversar sobre asuntos de supervisión de la utilización de servicios, solicitudes y dudas a través del programa de asistencia con el idioma de Kaiser Permanente, que le ofrece los servicios de un intérprete, de personal bilingüe o de la línea telefónica

de ayuda con el idioma. El personal de UM tiene la línea de ayuda con el idioma programada en sus teléfonos para mejorar la comunicación oportuna con los miembros que no hablan inglés. Los servicios de ayuda con el idioma que reciben los miembros no tienen costo.

Atención médicamente adecuada

La atención médicamente adecuada es la atención necesaria para el diagnóstico, el tratamiento y el control de las condiciones médicas según las normas aceptadas, que se brinda en un ambiente apropiado y en el momento preciso para tratar al miembro.

Contamos con médicos capacitados y certificados que usarán su criterio clínico de expertos y los criterios médicos basados en la evidencia al momento de evaluar si una decisión es adecuada desde el punto de vista médico. Solamente un médico puede determinar si una decisión no es adecuada desde el punto de vista médico.

En caso de que un servicio sea denegado debido a que no cumple los criterios establecidos o porque no es un beneficio cubierto, los miembros pueden apelar. Consulte su *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro* (Certificate of Insurance) para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, o llame a Servicio a los Miembros.

Cobertura para la atención médicamente necesaria

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios. Determinaremos en qué casos un servicio cubierto es médicamente necesario (el término está definido en su documento de cobertura). Tiene derecho a apelar nuestra decisión si recibimos su apelación en el plazo adecuado. Revise su *Acuerdo de Membresía*, *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro* para obtener más información acerca de sus derechos de apelación.

Declaración afirmativa de supervisión de la utilización de servicios: El personal del plan de salud y los profesionales médicos

El personal del Plan de Salud, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., administra los beneficios, se asegura del cumplimiento de las leyes y regulaciones, supervisa la calidad de la atención, revisa cómo se usan los servicios y la atención, se encarga de brindarle atención continua y ayuda a organizar las múltiples facetas de su atención médica.

Los profesionales médicos y del cuidado de la salud de Kaiser Permanente toman decisiones sobre qué atención y servicios se proporcionan según las cuestiones de salud del miembro, si la atención y el servicio son apropiados, y si hay una cobertura del plan de salud. El Plan de Salud no toma decisiones sobre contratación, ascensos o despidos de sus profesionales médicos ni de otras personas en función de la probabilidad real o percibida de que apoyen o tiendan a apoyar la denegación de beneficios. El Plan de Salud no recompensa, contrata, asciende ni despide a los profesionales médicos ni a otras personas específicamente por denegar solicitudes de cobertura, beneficios o atención médica. No existen motivaciones financieras que fomenten decisiones que den lugar específicamente a denegaciones o a un uso inadecuado de los servicios, ni que creen obstáculos para la atención y los servicios. Para mantener y mejorar la salud de nuestros miembros, todos los profesionales médicos y del cuidado de la salud deben ser diligentes en la identificación de cualquier posible uso inadecuado de la atención o de los servicios.

Cómo lograr una mejor salud por medio de la administración de la atención

Por medio de servicios como el programa de administración de la atención, seguimos desarrollando la idea de que la manera más adecuada de lograr una mejor salud es mediante la detección temprana y el control eficaz de las condiciones médicas. Nuestro programa de administración de la atención, que forma parte de una organización nacional de atención médica, reúne métodos clínicos exitosos que han creado nuestros médicos y los combina con las investigaciones médicas más recientes para mejorar la atención a los pacientes. Este programa aplica ese conocimiento a la atención al paciente. El programa de administración de la atención también ofrece información sobre tratamientos médicos basados en la evidencia para apoyar a su médico en el control y la prevención de complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma, la presión arterial alta, la depresión y la enfermedad de las arterias coronarias. Lo más importante es que, mediante la administración de la atención, no solamente se beneficia de una mejor salud, sino que también gana la confianza y la capacidad necesarias para participar de manera activa en sus decisiones de atención.

Investigación y aprobación de tecnología médica nueva y emergente

Casi todos los días, gracias a la investigación médica, se identifican nuevos medicamentos, procedimientos y dispositivos alentadores para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la cura de enfermedades. Para ayudar a los médicos y los pacientes a decidir si un medicamento, procedimiento o dispositivo nuevo es médicamente necesario y adecuado, el Comité de Revisión e Implementación de Tecnologías (Technology Review and Implementation Committee, TRIC), en colaboración con el Comité Interregional de Tecnologías Nuevas, y el Comité de Tecnologías Médicas y el Comité de Supervisión Regional de la Utilización de Servicios (Regional Utilization Management Committee, RUMC) de The Permanente Medical Group (TPMG), responden a las dudas críticas sobre las indicaciones de uso, la seguridad, la eficacia y la importancia de las tecnologías nuevas y emergentes.

Estos comités interdisciplinarios y la unidad de evaluación de tecnologías son las principales fuentes de información sobre las nuevas tecnologías médicas o los nuevos usos de las tecnologías existentes. Muchos profesionales del cuidado de la salud, como médicos de atención primaria, especialistas médicos, especialistas en ética, analistas de investigación y administradores, forman parte de los comités. Los comités y la unidad nacional de evaluación de tecnologías tienen acceso a expertos en la materia, a publicaciones revisadas por colegas y a evaluaciones tecnológicas internas de Kaiser Permanente, así como a fuentes externas a Kaiser Permanente, como instituciones académicas y organizaciones de evaluación de tecnologías comerciales. Si se demuestra de manera científica y convincente que hay nuevos recursos tecnológicos que brindan niveles de seguridad y eficacia equivalentes a los de los medicamentos, procedimientos o dispositivos disponibles actualmente, es posible que los comités recomienden que estas nuevas tecnologías se implementen internamente en Kaiser Permanente y que se autorice su cobertura por parte de fuentes externas de atención según sus indicaciones de uso. Este proceso de evaluación de tecnologías se agiliza cuando las circunstancias clínicas merecen la evaluación urgente de recursos tecnológicos nuevos y emergentes.

El Comité Regional de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T) se encarga de desarrollar e implementar las políticas sobre los medicamentos y los materiales para pruebas de diagnóstico. La función principal del comité es revisar los medicamentos y materiales para aprobarlos y rechazarlos, así como establecer pautas sobre la utilización de los medicamentos. El comité está formado por médicos, profesionales médicos, farmacéuticos clínicos, enfermeros y un especialista en las pautas de la práctica clínica.

El comité de P&T puede evaluar o reevaluar cualquier medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). En conjunto con profesionales de distintas especialidades médicas, el comité de P&T evalúa y selecciona los medicamentos disponibles que se consideran más adecuados para la atención al paciente. Luego, elaboran una lista de medicamentos disponibles o aprobados. El proceso para elaborar esta lista se basa en evidencias clínicas sólidas que demuestran que los medicamentos son seguros, adecuados y de bajo costo.

Servicios experimentales o en fase de investigación

Se dice que un servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación para el tratamiento de la condición médica de un miembro si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que el miembro recibe el servicio o cuando se determina que lo recibirá. El servicio:

- no puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y no se le ha otorgado esa aprobación;
- actualmente está sujeto a la aplicación de un nuevo medicamento o dispositivo que se encuentra en los archivos de la FDA, pero que la FDA aún no ha aprobado;
- está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de atención que proporciona el tratamiento que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, la toxicidad o la eficacia de los servicios;
- es el sujeto de un protocolo escrito usado por el centro de atención que proporciona el tratamiento, para la investigación, los ensayos clínicos y otras pruebas o estudios para evaluar su seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, tal como se muestra en el protocolo mismo o en el formulario de consentimiento por escrito que usa el centro de atención.

Es posible que se revisen las siguientes fuentes de información para decidir si un servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación:

- la historia clínica del miembro;
- los protocolos escritos u otros documentos relacionados con el servicio que se haya proporcionado o se vayan a proporcionar;
- todos los documentos de consentimiento que el miembro o su representante hayan firmado o deberán firmar para poder recibir los servicios;
- los expedientes y registros de la IRB o alguna otra organización similar encargada de aprobar o revisar la investigación en la institución en la que el servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
- las publicaciones médicas y científicas sobre el servicio solicitado revisadas por otros profesionales médicos, según corresponda en el caso de la condición médica del miembro;
- la evaluación de la tecnología realizada por Kaiser Permanente y por organizaciones externas;
- los reglamentos, los registros, las solicitudes y cualquier otra medida o documento emitidos, archivados o utilizados por la FDA, la Oficina de Evaluación de Tecnologías, otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.

En algunos de los estudios, se usan datos retrospectivos, es decir, los datos clínicos en nuestra historia clínica colectiva. Estos estudios tienen la aprobación del IRB, pero no requieren un consentimiento informado. Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. colabora con el Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P. C. y usa la información y los análisis antes descritos para decidir si un servicio específico es experimental o se encuentra en fase de investigación.

Nota: Como regla general, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. no proporciona cobertura para los servicios experimentales. Sin embargo, sí cubrimos los ensayos clínicos de acuerdo con su *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura, o contrato actuales.*

Servicios de administración de casos

Existen varias oportunidades de administración de casos disponibles. Si necesita atención a corto plazo, hable con su médico sobre la posibilidad de referirlo a la administración de casos. Si tiene problemas de salud graves o una enfermedad recientemente diagnosticada que pueda requerir una intervención extensa a largo plazo, es posible que su médico u otro cuidador sugiera que se inscriba en el Complex Case Management Program. La inscripción en este programa es voluntaria y se puede interrumpir en cualquier momento.

Si la atención que necesita es adecuada para participar en el programa Complex Case Management y usted da su consentimiento, un administrador de casos trabajará con usted y con su cuidador. Con su ayuda y sus comentarios, el administrador del caso completará una evaluación que incluirá sus prioridades y preferencias. En colaboración con los proveedores correspondientes, el administrador del caso trabajará con usted y con un cuidador para establecer metas por orden de importancia y definir un plan de autocontrol o de acción. El administrador del caso le ayudará a establecer un programa de comunicación según la atención médica que necesite. Si usted corre el riesgo de desarrollar una dificultad médica nueva, su salud no mejora o su condición médica cambia repentinamente, se modificarán las metas. Si se requieren pruebas nuevas o diferentes para evaluar su condición, el administrador de su caso lo ayudará a coordinarlas.

Según la atención que necesite, los administradores de casos proporcionan los siguientes tipos de ayuda:

- evaluación inicial, incluida la revisión de los medicamentos;
- coordinación de la atención de todos los proveedores; por ejemplo, programación de citas, consultas telefónicas, recordatorios de pruebas de detección, exámenes, etc.;
- planificación de la atención según lo que usted necesite, sus prioridades y preferencias;
- asesoría y supervisión de su estado de salud;
- apoyo y educación;
- ayuda para acceder a los recursos de Kaiser Permanente y de la comunidad.

Si desea obtener más información o ayuda, puede llamar a la línea telefónica de autorreferencia al **866-223-2347** (sin costo). Se le pedirá que diga su nombre, número de teléfono y número de historia clínica, además de la razón por la que solicita un administrador de casos. Se le devolverá la llamada en menos de dos días hábiles.

Autorreferencia al programa de control de enfermedades

¿Tiene diabetes, asma, depresión, presión arterial alta, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o arteriopatía coronaria y desea obtener información para controlar su condición médica? Si es así, puede autorreferirse al programa de control de enfermedades. Deje un mensaje en cualquier momento en la línea **703-536-1465** si llama desde el área metropolitana de Washington D. C. o en la línea **410-933-7739** si llama desde el área de Baltimore. Deje su nombre y su número de historia clínica, confirme su dirección e indique sobre qué condición desea solicitar información.

Referencia a especialistas

Los médicos de Permanente y otros proveedores del plan ofrecen atención médica primaria, servicios de pediatría, servicios de obstetricia y ginecología, y atención especializada, que incluye, entre otras especialidades, ortopedia, cirugía general, dermatología, neurología, cardiología y gastroenterología. Si su médico de atención primaria decide, después de consultarlo con usted, que requiere servicios médicamente necesarios y adecuados, es posible que lo refiera a un médico de Kaiser Permanente u otro proveedor del plan para recibir ese servicio. La referencia que haya iniciado su proveedor de atención médica primaria o especialista tratante debe autorizarse antes de que usted reciba servicios de atención especializada que no sean de emergencia. Las referencias son revisadas y autorizadas por el equipo de supervisión de la utilización de servicios, que está conformado por enfermeros, fisioterapeutas, médicos y personal de apoyo dedicados a las referencias. Su médico de atención primaria o especialista tratante pueden referirlo a un proveedor que no pertenezca al plan. Los servicios de proveedores que no pertenecen al plan serán autorizados únicamente si no están disponibles con los proveedores del plan. Debe tener una referencia autorizada al proveedor que no pertenece al plan para que cubramos los servicios o suministros. Si la referencia a un proveedor que no pertenece al plan se autoriza debidamente, solo deberá pagar los copagos que habría pagado si un proveedor del plan hubiera proporcionado el servicio o los suministros. Estos son algunos ejemplos de servicios que requieren autorización o notificación:

- hospitalizaciones de pacientes, incluidas las que son por parto, salud mental y farmacodependencia (las hospitalizaciones son las visitas al hospital en las que se ingresa a los miembros en un centro de atención durante 24 horas o más);
- servicios especializados, como la atención médica a domicilio, los equipos médicos y los suministros asociados, y los cuidados paliativos;
- enfermería especializada y centros de rehabilitación aguda;
- transporte médico en casos que no sean de emergencia;
- atención recibida de un médico o centro que no tenga un contrato con Kaiser Permanente;
- atención que no sea de emergencia recibida fuera del área de servicio de Kaiser Permanente (los servicios de emergencia, dentro y fuera de nuestra área de servicio, no requieren una referencia de un médico de atención primaria ni es necesario que obtenga la atención de parte de un proveedor del plan).

Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su referencia o los servicios denegados, o si desea solicitar una copia (sin costo) de cualquier pauta u otros criterios usados en cualquier decisión relacionada con su atención, póngase en contacto con Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.

Autorreferencias

Usted puede autorreferirse:

- a un médico del plan que se especialice en atención obstétrica o ginecológica;
- para recibir servicios para la vista de rutina proporcionados en el consultorio de un proveedor del plan;
- para la consulta inicial con un proveedor de servicios de salud mental para recibir servicios de salud mental o de farmacodependencia (llame a la línea telefónica sin costo de la Unidad de Acceso a la Salud Mental al **866-530-8778**); luego de esa consulta, es posible que el proveedor deba obtener una autorización previa para poder seguir prestando los servicios;
- para los servicios dentales, únicamente si es un miembro que compró una cláusula de cobertura de beneficios dentales de Kaiser Permanente (aunque no se requiere una referencia para acceder a la atención de estos proveedores, es posible que el proveedor deba obtener una autorización previa para ciertos servicios).

Información del directorio de proveedores

La información del proveedor es correcta en el momento de la publicación. Si detecta información incorrecta sobre los proveedores en el directorio en línea o impreso y desea reportarla, llame a la línea telefónica sin costo **877-806-7470** o envíe la información por correo electrónico a provider.relations@kp.org.

Atención para madres y recién nacidos de acuerdo con la Ley Federal de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Kaiser Permanente ofrece cobertura (conforme a los términos de la póliza de la madre) para los servicios de hospitalización de la madre y de su recién nacido por los siguientes plazos mínimos:

- 48 horas de atención hospitalaria luego de un parto vaginal sin complicaciones;
- 96 horas de atención hospitalaria luego de un parto por cesárea sin complicaciones.

Si la madre y el recién nacido permanecen en el hospital al menos el tiempo que se estipula, la cobertura incluye una visita al hogar, si así lo indica el médico de cabecera. Es posible que la madre solicite una hospitalización más breve si, luego de hablar con su médico, decide que el tiempo que necesita para su recuperación es menor.

Si la duración de la hospitalización de la madre y el recién nacido es menor que la que se indicó antes, la cobertura incluye una visita a domicilio programada para llevarse a cabo antes de que pasen 24 horas del alta hospitalaria y una visita adicional en el hogar, si así lo indica el médico de cabecera.

Servicios de salud para la mujer en el Distrito de Columbia

En este artículo, se resume la información sobre la cobertura y el costo compartido para los servicios de salud para la mujer que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc provee a los miembros del plan de salud en Washington D. C.

- Todos los métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización y servicios educación y asesoramiento del paciente aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para las mujeres con capacidad reproductiva están cubiertos bajo la atención preventiva sin cargo.
- Se ofrece cobertura sin cargo para servicios, productos, dispositivos y medicamentos anticonceptivos, incluidos los de venta libre y los recetados. Los miembros pueden obtener un suministro de hasta 12 meses de medicamentos anticonceptivos de una sola vez o durante el transcurso de los 12 meses, según lo decidan.
- Se ofrece cobertura sin cargo para los siguientes servicios o productos preventivos de salud:
 - a. prueba de detección de cáncer de seno;
 - b. apoyo, servicios y suministros para lactancia materna;
 - c. prueba de detección de cáncer cervicouterino, incluidas las pruebas de VPH;
 - d. prueba de detección de la diabetes gestacional;
 - e. prueba de detección de VIH y asesoramiento;
 - f. pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica, y asesoramiento;
 - g. prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento;
 - h. prueba de detección de Hepatitis B y C y asesoramiento;
 - i. consultas de bienestar de la mujer, incluidas las consultas para obtener atención preventiva necesaria, atención previa a la concepción y atención prenatal;
 - j. suplementos de ácido fólico;
 - k. asesoramiento sobre quimioterapia preventiva del cáncer de seno y medicamentos preventivos;
 - l. valoración de riesgos y asesoría y pruebas genéticas mediante la herramienta de Valoración de Riesgos de Cáncer de Seno aprobada por el Instituto Nacional del Cáncer;
 - m. prueba de detección de incompatibilidad de Rh durante el embarazo;
 - n. artículos basados en la evidencia, servicios, artículos de medicamentos que tienen en vigencia una calificación "A" o "B" en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos al 19 de septiembre de 2017;

- o. cualquier servicio o producto de salud adicionales, incluidos los dispositivos, productos y medicamentos anticonceptivos identificados por las reglas emitidas de conformidad con el Código de DC §31-3834.02, subsección (c).

La expresión "sin cargo" indica que los servicios y productos se proporcionarán al miembro sin costo, incluso si aún no se alcanza el deducible del plan. De este modo, el miembro no tiene ninguna responsabilidad financiera.

Aviso de Beneficio Exento: Un empleador que está organizado y opera como una entidad sin fines de lucro y que se incluye en la sección 6033(a)(3)(A)(i) o (iii) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) de 1986, aprobado el 22 de octubre de 1986 (100 Stat. 2740; 26 U.S.C. § 6033[a][3][A][i] o [iii]), puede estar exento de cualquier requisito para cubrir dispositivos, productos, servicios y medicamentos anticonceptivos en virtud de §§ 31-3834.01, 31-3834.02, y 31-3834.03.

Servicios de habilitación

Kaiser Permanente ofrece cobertura de los servicios de habilitación a los miembros al menos hasta el final del mes en el que cumplan 19 años de edad. Los servicios de habilitación incluyen dispositivos y servicios como tratamiento de salud mental, atención psicológica y atención terapéutica que ayudan a los miembros a aprender, mantener o mejorar sus habilidades y desempeño para la vida diaria. Kaiser Permanente deberá aprobar previamente todos los servicios de habilitación.

Se aplica cualquier deducible, copago y coseguro que se requiera de acuerdo con su contrato. Aplican los máximos de las pólizas y los límites de beneficios. Los servicios de habilitación no cuentan para alcanzar ningún máximo de visitas por servicios de terapia. Tenga en cuenta que este beneficio no cubre ninguna terapia proporcionada por medio del sistema escolar. Revise su contrato para conocer los detalles específicos sobre los beneficios de habilitación.

Este aviso de cobertura se aplica únicamente a los contratos vendidos a empresas e individuos que se encuentren en Maryland. Si su cobertura está basada en otro estado, su plan incluye la cobertura de los servicios de habilitación; sin embargo, revise su contrato y averigüe para qué servicios y beneficios es elegible. Si tiene preguntas relacionadas con cualquiera de estos servicios, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Visitas a domicilio después de una cirugía

Kaiser Permanente ofrece cobertura de las visitas a domicilio a los miembros a los que se les extirpe un testículo quirúrgicamente. La cobertura incluye una visita que se lleva a cabo antes de que pasen 24 horas de haber recibido el alta del hospital o del centro para pacientes ambulatorios y una visita adicional si lo indica el médico del miembro. Para ser elegible, el miembro debe permanecer en el hospital menos de 48 horas, o se le debe realizar el procedimiento como paciente ambulatorio.

Este aviso de cobertura se aplica únicamente a los contratos vendidos a empresas e individuos que se encuentren en Maryland. Revise la cobertura de su contrato para determinar si es elegible para estos beneficios de procedimientos quirúrgicos.

Aumentos propuestos a las tarifas

Si su cobertura se da a través de un empleador pequeño residente de Maryland o si está cubierto por un plan de beneficios de salud individual de Maryland, debe saber lo siguiente:

- Puede acceder a la información acerca de los cambios o aumentos propuestos para las tarifas de Kaiser Permanente.
- Puede enviar comentarios sobre los aumentos o cambios propuestos para las tarifas en el sitio web de la Administración de Seguros de Maryland en healthrates.mdinsurance.state.md.us.

Hospitalización y visitas a domicilio luego de una mastectomía

Kaiser Permanente ofrece beneficios de cirugía reconstructiva de los senos en relación con una mastectomía, según lo exige la Ley Federal de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (federal Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998. La cobertura de la cirugía reconstructiva incluye beneficios relacionados con la mastectomía, como los siguientes:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica;

- la prótesis (un seno artificial) y el tratamiento de las complicaciones físicas que se producen en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema (hinchazón).

Además, la ley de Maryland exige que la cobertura incluya la hospitalización por un mínimo de 48 horas después de una mastectomía. Si esto aplica a usted, puede solicitar una hospitalización más breve si, luego de hablar con su médico, decide que el tiempo que necesita para su recuperación es menor. Si la duración de su hospitalización es menor que la que se indicó antes, la cobertura incluye una visita a domicilio programada para llevarse a cabo antes de que pasen 24 horas de haber recibido el alta del o del centro para pacientes ambulatorios y una visita adicional, si así lo indica su médico de cabecera.

Para obtener más información acerca de los beneficios y servicios disponibles para los miembros de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.

Beneficios para enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por abuso de sustancias

Si usted es un miembro cubierto por un contrato basado en Maryland, Kaiser Permanente cubre los beneficios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, los trastornos emocionales y los trastornos por abuso de sustancias como lo exige la ley de Maryland y, según corresponda, la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) de 2008. El cumplimiento de estas leyes significa que cubrimos los beneficios para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales, los trastornos emocionales y los trastornos por abuso de sustancias conforme a los mismos términos y condiciones que se establecen para los beneficios cubiertos para el tratamiento de las enfermedades físicas.

Los beneficios para las enfermedades mentales, los trastornos emocionales y los trastornos por abuso de sustancias se describen en su contrato de cobertura. Revise su *Evidencia de Cobertura, Acuerdo de Membresía o Certificado de Seguro*, según corresponda, para obtener información específica acerca de sus beneficios con relación a estas enfermedades.

Si tiene preguntas o necesita más información acerca de los beneficios para las enfermedades mentales, los trastornos emocionales y los trastornos por abuso de sustancias que se exigen en el marco de la ley de Maryland o de acuerdo con la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008, puede comunicarse con la Administración de Seguros de Maryland en la dirección y el número de teléfono que aparecen a continuación:

Maryland Insurance Administration
200 Saint Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000
800-492-6116 (línea telefónica sin costo)
800-735-2258 (TTY)

Información importante relacionada con las instrucciones por anticipado

Es importante que todos los adultos tengan un plan de acción para las situaciones hipotéticas de la vida. Si se lesiona o enferma de repente, ¿estaría preparado? ¿Quién hablaría por usted si usted no pudiera hacerlo? En Kaiser Permanente, recomendamos a todos los miembros adultos elegir un agente de atención médica (persona que toma decisiones) que pueda representarlo a usted y a sus deseos de atención médica si alguna vez usted no puede hacerlo. Converse con su agente de atención médica y sus seres queridos acerca de estos deseos y regístrelos en un documento llamado "instrucciones por anticipado". Las enfermedades potencialmente mortales pueden ser un tema difícil de tratar, pero la conversación es tan importante como el propio documento. Planificar con antelación puede ayudar a garantizar que se respeten sus decisiones en materia de atención médica, además de aliviar las posibles cargas para su familia y amigos. Asegúrese de hablar sobre dichos deseos con las personas más allegadas a usted, incluidos sus médicos de Kaiser Permanente. Kaiser Permanente tiene un servicio llamado "Planificación para el cuidado de la vida" que puede ayudarlo con este proceso. También hay formularios de instrucciones por anticipado disponibles en cada uno de nuestros consultorios médicos de toda la región para que usted pueda documentar futuras decisiones de atención médica. Además, puede descargar un formulario de

instrucciones por anticipado de nuestro sitio web de planificación para el cuidado de la vida kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español"). Una vez que haya llenado el formulario, lo puede subir fácilmente a su historia clínica mediante su cuenta de kp.org/espanol. Puede encontrar información adicional sobre la planificación para el cuidado de la vida y las instrucciones por anticipado en kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español"). Además, puede obtener aún más información y recursos sobre las instrucciones por anticipado si llama al **888-594-7437** y si visita agingwithdignity.org o www.marylandattorneygeneral.gov/pages/healthpolicy/advancedirectives.aspx.

Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si quieren recibir tratamiento médico. Este derecho a decidir (aceptar o no una propuesta de tratamiento) se aplica a los tratamientos que prolongan la vida, como un respirador o una sonda de alimentación. Lamentablemente, un accidente o una enfermedad pueden afectar la capacidad de una persona de tomar decisiones sobre la atención médica. Pero las decisiones deben tomarse de todos modos. Si usted no puede hacerlo, otra persona lo hará. Estas decisiones deben reflejar sus propios valores y prioridades.

Según una ley de Maryland conocida como Ley de Decisiones de Atención Médica (Health Care Decisions Act), usted puede planificar la atención médica mediante las "instrucciones por anticipado". Una instrucción por anticipado puede usarse para designar un agente de atención médica. Esta persona es alguien en quien usted confía para que tome decisiones de atención médica por usted. Las instrucciones por anticipado también pueden usarse para definir cuáles son sus preferencias respecto a los tratamientos que podrían implementarse para mantenerlo con vida.

El Estado ofrece un formulario para hacer esta planificación, el cual se incluye con este folleto. El formulario en su totalidad se llama Maryland Advance Directive: Planning for Future Health Care Decisions (Instrucciones por Anticipado de Maryland: Planificación de Futuras Decisiones de Atención Médica). Se compone de tres partes: parte I: "Selection of Health Care Agent" (Selección del Agente de Atención Médica); parte II: "Treatment Preferences" ("Living Will") (Preferencias de Tratamiento ["Testamento Vital"]); y parte III: "Signature and Witnesses" (Firma y Testigos).

La finalidad de las instrucciones por anticipado es documentar sus preferencias. Usted puede llenar todo el formulario o solo una parte, y puede cambiar la redacción. La ley no exige que use estos formularios. También se pueden usar diferentes formularios, escritos de la forma que usted quiera. Por ejemplo, un formulario muy elogiado, conocido como Cinco Deseos (Five Wishes), está disponible (a un precio módico) por parte de la organización sin fines de lucro Aging with Dignity. Puede obtener información sobre ese documento en internet en www.agingwithdignity.org o escribir a la siguiente dirección:

Aging with Dignity
P.O. Box 1661
Tallahassee, FL 32302

Este formulario opcional puede llenarse sin tener que acudir a un abogado. Sin embargo, si hay algo que no entiende sobre la ley o sus derechos, se recomienda que hable con un abogado. También puede pedir a su médico que le explique la cuestiones médicas, incluidos los posibles beneficios o riesgos de las distintas opciones. Debe decirle a su médico que usted estableció instrucciones por anticipado y proporcionar una copia a él y a otras personas que pudieran participar en la toma de estas decisiones por usted en el futuro.

En la parte III del formulario, necesita dos testigos de su firma. Casi cualquier adulto puede ser testigo. No obstante, si usted designa a un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no pueda beneficiarse financieramente con su muerte ni administrar sus bienes. No es necesario que certifique el formulario con un notario.

Las Instrucciones por Anticipado de Maryland también incluyen una sección opcional llamada "After My Death" (Después de mi Muerte). Esta sección tiene cuatro partes: parte I: "Organ Donation" (Donación de Órganos); parte II: "Donation of Body" (Donación del Cuerpo); parte III: "Disposition of Body and Funeral Arrangements" (Preparación del Cuerpo y Arreglos Funerarios); y parte IV: "Signature and Witnesses" (Firma y Testigos).

Una vez que establezca una instrucción por anticipado, esta permanece vigente a menos que la revoque. No expira y ni su familia ni nadie más que usted puede cambiarla. Debe revisar lo que decidió de vez en cuando. Puede que sus circunstancias o puntos de vista cambien. Es libre de cambiar o revocar una instrucción por anticipado en cualquier

momento, siempre y cuando siga teniendo la capacidad de tomar decisiones. Avise a su médico y a todas las personas que tengan una copia de sus instrucciones por anticipado si las cambia o las revoca. Si usted ya tiene instrucciones por anticipado, un testamento vital o un poder notarial para la atención médica de Maryland, dicho documento aún es válido. Además, si estableció instrucciones por anticipado en otro estado, estas son válidas en Maryland. Se recomienda que revise estos documentos para determinar si prefiere establecer en su lugar nuevas instrucciones por anticipado.

Parte I de las instrucciones por anticipado: selección del agente de atención médica

Puede designar a cualquier persona que desee (excepto, en general, a alguien que trabaje en un centro de atención médica donde usted reciba atención) para que sea su agente de atención médica. Para designar a un agente de atención médica, use la parte I del formulario de instrucciones por anticipado. (Algunas personas se refieren a este tipo de instrucciones por anticipado como "poder notarial para la atención médica"). Su agente hablará por usted y tomará decisiones basadas en lo que usted desearía que se hiciera o en lo que sea mejor para usted. Usted decide cuánto poder tendrá su agente para tomar decisiones de atención médica. También puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder (de inmediato o después de que su médico determine que usted no es capaz de decidir por sí mismo).

Puede elegir a un familiar como agente de atención médica, pero no es obligatorio. Recuerde, su agente tendrá el poder de tomar decisiones importantes sobre el tratamiento, incluso si otras personas cercanas a usted recomiendan tomar una decisión diferente. Elija a la persona que esté mejor calificada para ser su agente de atención médica. También piense en elegir uno o dos agentes de respaldo, en caso de que su primera elección no esté disponible cuando sea necesario. Asegúrese de informar a la persona elegida y de que entienda lo que es más importante para usted. Cuando llegue el momento de tomar decisiones, su agente de atención médica deberá seguir las instrucciones que usted escribió.

Tenemos un folleto útil que puede darle a su agente de atención médica. Se llama *Making Medical Decisions for Someone Else: A Maryland Handbook (Cómo tomar decisiones médicas por otra persona: un manual de Maryland)*. Usted o su agente pueden obtener una copia en internet; para ello, visiten la página principal del Procurador General, marylandattorneygeneral.gov, y hagan clic en "Guidance for Health

Cómo se les paga a los médicos de Kaiser Permanente

Definiciones de cómo los planes de salud pueden pagarles a los médicos por los servicios de atención médica que usted recibe, con un ejemplo sencillo de cómo funciona cada mecanismo de pago. El ejemplo muestra cómo la Dra. Jones, una obstetra y ginecóloga, sería compensada según cada método de pago.

Salario 0 %¹	Un médico es un empleado de la organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) y se le paga una compensación (salarios monetarios) por proporcionar servicios específicos de atención médica. Dado que la Dra. Jones es una empleada de una HMO, ella recibe su salario quincenal habitual independientemente del número de pacientes que atienda o del número de servicios que ofrezca. Durante los meses en que ha prestado atención prenatal a la Sra. Smith, que es miembro de la HMO, el salario de la Dra. Jones no ha cambiado. Aunque el bebé de la Sra. Smith nació por cesárea, un procedimiento más complicado que un parto vaginal, el método de parto no tendrá ningún efecto sobre el salario de la Dra. Jones.
Capitación 95 %¹	Según este tipo de acuerdo contractual, la Dra. Jones participa en una red de la HMO. Ella no es empleada de la HMO. Su contrato con la HMO estipula que se le paga un cierto monto cada mes por los pacientes que la eligen como su médica. Dado que la Sra. Smith es miembro de la HMO, su pago mensual no cambia como resultado de la prestación de atención continua a la Sra. Smith. El monto de la capitación que se le paga a la Dra. Jones es el mismo si la Sra. Smith requiere servicios de obstetricia o no.
Cuota por servicio 0 %¹	Un médico cobra una tarifa por cada visita del paciente, procedimiento médico o servicio médico que proporciona. Una HMO paga la tarifa total a los médicos que tiene contratados y una aseguradora paga la totalidad o parte de esa tarifa, dependiendo del tipo de cobertura. Se espera que el paciente pague el resto. El contrato de la Dra. Jones con la aseguradora o la HMO establece que a la Dra. Jones se le pagará una tarifa por cada visita del paciente y por cada servicio que proporcione. El monto del pago que recibe la Dra. Jones dependerá del número, los tipos y la complejidad de los servicios, y del tiempo que pase prestando servicios a la Sra. Smith. Debido a que los partos por cesárea son más complicados que los partos vaginales, a la Dra. Jones se le paga más por atender el parto del bebé de la Sra. Smith de lo que se le pagaría por un parto vaginal. Es posible que la Sra. Smith sea responsable del pago de una parte de la factura de la Dra. Jones.

Care Proxies" (Guía para los Documentos de Poderes Legales para la Atención Médica). Puede solicitar una copia al **410-576-7000**.

El formulario que se incluye con este folleto no le otorga a nadie el poder de manejar su dinero. No tenemos un formulario estándar para enviarle. Hable con su abogado sobre la planificación de las cuestiones financieras en caso de incapacidad.

Parte II de las instrucciones por anticipado: preferencias de tratamiento ("testamento vital")

Usted tiene el derecho de usar instrucciones por anticipado para decir lo que quiere acerca de temas relacionados con el tratamiento para prolongar la vida en el futuro. Puede hacer esto en la parte II del formulario. Si designa a un agente de atención médica y también toma decisiones sobre tratamientos en las instrucciones por anticipado, es importante que aclare (en la parte II, párrafo G) si desea que su agente esté estrictamente obligado a seguir cualquier decisión acerca de los tratamientos que usted tome.

La parte II es un testamento vital. Le permite decidir acerca de los procedimientos de soporte vital en tres situaciones: cuando la muerte por una enfermedad terminal es inminente a pesar de la aplicación de procedimientos de soporte vital; si se encuentra en una condición de inconsciencia permanente llamada estado vegetativo persistente; y en caso de una condición en fase terminal, que es una condición avanzada, progresiva e incurable que produce la dependencia física completa. Un ejemplo de condición en fase terminal podría ser la enfermedad de Alzheimer avanzada.

Cómo se les paga a los médicos

*La compensación a los médicos que ofrecen servicios de atención médica a nuestros miembros asegurados o personas inscritas puede basarse en una amplia variedad de mecanismos de pago, como los pagos de tarifa por servicio, un salario o la capitación. Es posible que se usen beneficios extra con estos diferentes tipos de métodos de pago. Si quiere obtener información adicional sobre nuestros métodos de pago a los médicos o si quiere saber cuáles métodos aplican a su médico, llame a Kaiser Permanente al **800-777-7902** o escriba a la siguiente dirección: Kaiser Permanente Member Services, 2101 E. Jefferson St. Rockville, MD 20852*

¹El Plan de Salud tiene contrato exclusivamente con Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C. (MAPMG o Permanente), el cual cuenta con aproximadamente 1,700 médicos que trabajan a medio tiempo o tiempo completo. En 2019, MAPMG brindó más del 96 % de los servicios médicos que se proporcionaron a las personas inscritas en Kaiser Permanente. MAPMG recibe un pago presupuestario que se calcula según las membresías y la utilización esperadas; este método de remuneración no constituye capitación, según se define en la reglamentación de Maryland sobre los seguros. Es posible que este acuerdo no se refleje como corresponde en las categorías de remuneración que se mostraron anteriormente.

Tarifa descontada por servicio 5 %¹	El pago es menor que la tarifa que generalmente recibe el médico por cada visita del paciente, procedimiento médico o servicio. Este acuerdo es el resultado de un contrato entre el pagador, que obtiene costos más bajos, y el médico, que, por lo general, recibe un mayor volumen de pacientes. Como en el caso del pago por servicio, este tipo de acuerdo contractual implica que la aseguradora o la HMO pagan a la Dra. Jones cada visita del paciente y cada parto; sin embargo, mediante este contrato, la tarifa, que se acordó de antemano, es menor que la tarifa normal de la Dra. Jones. Como aceptó una tarifa menor, la Dra. Jones espera atender a un número determinado de pacientes. Por cada intervención quirúrgica que realice, la aseguradora o la HMO le pagarán una tarifa con descuento a la Dra. Jones.
Bonificación 0 %¹	Se paga un monto adicional a los médicos además de lo que ganen por salario, capitación, pago por servicio u otro tipo de acuerdo de pago. Las bonificaciones pueden basarse en diversos factores, como la satisfacción de los miembros, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de los servicios. Las HMO recompensan al personal médico o a los médicos contratados que han mostrado calidad y productividad superiores a las promedio en su trabajo. Ya que la Dra. Jones ha ayudado a dar a luz a tantos bebés y ha recibido calificaciones altas por parte de sus pacientes y sus médicos colegas, recibirá una recompensa monetaria además de su pago normal.
Tarifa por caso 0 %¹	La HMO o la aseguradora y el médico aceptan de antemano que el pago abarcará una serie de servicios que tanto el médico como el hospital brinden en una sesión de atención. En este tipo de acuerdo, se establece cuánto dinero pagarán la aseguradora o la HMO por los servicios de obstetricia que reciba una paciente. Todas las consultas de atención pre y posnatal, así como los cargos del parto y los que estén relacionados con el hospital, se incluyen en una cuota. La Dra. Jones, el hospital y los demás proveedores (como el anestesiólogo) dividirán el pago que la aseguradora o la HMO realicen por la atención que se brindó a la Sra. Smith.

Remuneración de los proveedores de servicios de salud mental

Es importante para nosotros que usted entienda cómo se les paga a los proveedores de servicios de salud mental. Brindamos a nuestros miembros acceso a los servicios de salud mental mediante distintos tipos de proveedores, a los que se paga de maneras diferentes. Otorgamos remuneración a cada proveedor de acuerdo con su relación con el Plan de Salud. Las relaciones pueden ser las siguientes:

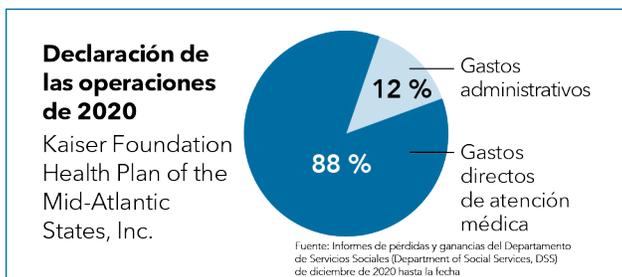
- proveedores, como trabajadores sociales y psicólogos clínicos, que son empleados del Plan de Salud y a los que se les paga un salario;
- médicos de Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P. C. (MAPMG), que son asalariados de MAPMG y reciben un pago per cápita de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., para brindar servicios médicos a nuestros miembros;
- proveedores contratados que reciben pagos con descuento por los servicios que les brindan a los miembros;
- una organización de salud mental administrada que recibe pagos con descuento por servicio.

Este acuerdo se estableció gracias al contrato entre Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., MAPMG y la organización de salud mental administrada. Si desea obtener más información sobre nuestros métodos de pago a los proveedores o si desea saber qué métodos se usan para pagar a su proveedor, comuníquese con Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**. También puede escribirnos a esta dirección:

Kaiser Permanente Member Services
2101 E. Jefferson St.
Rockville, MD 20852

Cómo se gasta el dinero de la prima

Para que analice y compare las opciones de planes de salud, consideramos que debe recibir información sobre varios temas. Para nosotros, es importante que comprenda qué parte del dinero de su prima se destina a los costos de la prestación de la atención médica, en lugar de a la administración del plan, las ganancias y demás aspectos. Observe la siguiente gráfica para obtener más información acerca de cómo se gasta el dinero de la prima.



Cómo protegemos su privacidad

Mantener el carácter confidencial de su información personal y médica, independientemente de si es oral, escrita o electrónica, es una parte importante de nuestro compromiso de proporcionarle atención médica de calidad. Nos comprometemos a darle una explicación completa de nuestra política de privacidad y a decirle cómo esta afecta su información.

Aviso de privacidad anual

La descripción completa de nuestras prácticas de privacidad aparece en nuestro "Aviso sobre Prácticas de Privacidad". En algunos estados, se requiere que le proporcionemos esta explicación adicional de nuestras prácticas de privacidad todos los años. El objetivo es comunicarle los tipos de información que lo identifican individualmente y que se han recopilado; cómo se usa esa información; los casos en los que la compartimos dentro de nuestro programa de atención médica; y los casos en los que la información no pública, financiera y de salud personal se revela a personas fuera de nuestro programa.

Nuestra política

El Kaiser Permanente Medical Care Program se compromete a proteger la privacidad de sus miembros y pacientes, aunque dejen de serlo. Consideramos que mantener la confidencialidad de su información médica personal (que puede incluir su raza, etnia e idioma) y su información financiera es importante para nuestra misión de proporcionar atención de alta calidad a nuestros miembros. Aplicamos políticas respecto a la confidencialidad de la información médica y financiera que lo identifica individualmente, incluidas las políticas correspondientes al acceso a las historias clínicas y la revelación de información médica y financiera. Todo el personal y los empleados de Kaiser Permanente tienen la obligación de proteger la confidencialidad de la información médica y financiera que pueda identificar individualmente a nuestros miembros actuales y anteriores. Está prohibida la divulgación no autorizada de información médica y financiera que lo pueda identificar individualmente. Los médicos, profesionales médicos, profesionales de salud y proveedores que tienen contrato con Permanente Medical Group también están sujetos a proteger la confidencialidad.

Información recopilada

Recopilamos información financiera y de salud personal no pública de varios tipos, ya sea que se la pidamos a usted o a otras fuentes, para brindar los servicios de atención médica y el servicio al cliente, evaluar los beneficios y los reclamos, administrar la cobertura de salud, y cumplir con los requisitos legales y normativos. Esto abarca la información médica, que incluye registros hospitalarios y de salud, registros de salud mental, resultados de análisis de laboratorio, informes de radiografías, registros farmacéuticos y registros de citas.

A continuación, verá otros ejemplos de los tipos de información que recopilamos:

- información de encuestas, solicitudes y formularios relacionados, como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, sexo, estado civil y si tiene dependientes;
- información de su relación con Kaiser Permanente, como la cobertura médica adquirida, los servicios médicos recibidos, los saldos de la cuenta, el historial de pagos y el historial de reclamos;

- información proporcionada por su empleador, su patrocinador del plan de beneficios o su asociación respecto a la cobertura grupal, si es que tiene alguna;
- información de agencias de consumidores, agencias de registros médicos u otras fuentes, como el historial crediticio, el expediente médico, los antecedentes financieros y la información demográfica;
- información de los visitantes de nuestros sitios web, como de los formularios en línea, los datos de visitas del sitio y otras comunicaciones en línea.

Usos de la información que se comparte

Será necesario usar o compartir cierta información financiera y de salud personal no pública de los miembros actuales y anteriores como parte de las actividades normales de la empresa y al brindar servicios de forma habitual. Podemos usar o revelar información financiera y de salud personal no pública en ciertos casos, como los siguientes:

- La información financiera y de salud personal se compartirá únicamente si se cuenta con autorización previa por escrito, como establece la ley, o sin autorización por escrito siempre y cuando así lo requiera o permita expresamente la ley.
- La información financiera y de salud personal se compartirá dentro del Kaiser Permanente Medical Care Program para brindarle los servicios y cumplir con nuestras responsabilidades según la ley, como la garantía de la calidad, la revisión de aptitudes o certificaciones de los proveedores de atención médica, los programas de capacitación de los proveedores de atención médica, los programas de cumplimiento y de detección de fraude y abuso, la certificación, la obtención de permisos y documentos de certificación, la investigación, la compilación de información para uso de procesos legales, la facturación y los pagos.
- La información demográfica, como la información de su solicitud de inscripción, puede compartirse dentro de nuestro programa para que podamos brindarle servicio al cliente o darle mantenimiento a la cuenta en relación con sus beneficios.
- Si está inscrito en Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. por medio de su empleador o una organización de empleados, es posible que compartamos cierta información médica protegida (Protected Health Information, PHI) con ellos sin su autorización, siempre y cuando la ley nos lo permita. Por ejemplo, es posible que revelemos su PHI para un reclamo de compensación del trabajador, o para determinar si usted está inscrito en el plan o si alguien ha pagado las primas por usted.
- El Kaiser Permanente Medical Care Program puede usar información como su nombre, dirección o número de teléfono para decirle si hay otros productos o servicios que pudieran ser útiles o benéficos para usted.
- De acuerdo con la Ley sobre Informes de Crédito Justos (Fair Credit Reporting Act), tenemos permitido compartir su nombre, dirección y datos acerca de las transacciones y experiencias con nosotros (como el historial de pagos) dentro del Kaiser Permanente Medical Care Program.

Información que se comparte con terceros no afiliados

Ocasionalmente revelamos información financiera y de salud personal no pública de los miembros actuales y anteriores fuera del Kaiser Permanente Medical Care Program para las siguientes actividades:

- Por lo general, según la ley estatal y federal, es necesario que revelemos información médica y financiera si así lo exige un tribunal, una junta, una comisión o un organismo administrativo; una parte de un proceso ante un tribunal o una audiencia administrativa de conformidad con una citación u otra disposición que autorice la exhibición; un árbitro o un panel de arbitraje; una orden de allanamiento o un médico forense.
- Según la ley estatal y federal, también podrían ser necesarias otras revelaciones; por ejemplo, antecedentes de enfermedades contagiosas, registros de la seguridad de los trabajadores o de accidentes industriales revelados a organismos públicos, información de nacimiento y muerte, y registros estatales de tumores.
- La ley estatal y federal permite la revelación de información médica sin la autorización del paciente en casos específicos; por ejemplo, entre otros, la revelación a los proveedores o planes de salud para fines de diagnóstico o tratamiento de un paciente (incluso electrónicamente a través de una red de intercambio de información de salud), al personal médico de emergencia, a los comités de evaluación formados por colegas, a las instituciones públicas que otorgan permisos y a los organismos privados de acreditación.

- La información puede compartirse con otras empresas que brinden servicios en nuestro nombre para generar y enviar información por correo a nuestros clientes respecto a los productos y servicios.

Protección de la información

El Kaiser Permanente Medical Care Program protege el carácter confidencial y la seguridad de la información privada de los miembros y los antiguos miembros.

Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su información privada y evitar que se tenga acceso no autorizado a esa información. El acceso de los empleados a la información financiera y de salud personal se da conforme se requiera debido a las actividades de la empresa, como para tomar decisiones sobre los beneficios, pagar reclamos, administrar la atención, controlar la calidad de la atención, determinar si se presta o niega la cobertura con base en una evaluación de riesgos, administrar un plan o brindar servicio al cliente.

Ya está disponible el aviso regional sobre prácticas de privacidad

En nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* (Notice of Privacy Practices) regional, que usted ya recibió, se describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. Este aviso forma parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), que entró en vigor en 2003. La información médica protegida es una parte importante de la HIPAA.

Hicimos cambios a nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad*, que están en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013. Tenemos la obligación de avisarle cuando hacemos estos cambios.

Algunos de los cambios son los siguientes:

- Se amplió la definición de información médica protegida (PHI).
- Agregamos nuestra responsabilidad de notificarlo si se produce una violación de su PHI no asegurada.
- Agregamos su derecho a solicitar su PHI en formato electrónico o pedir que se envíe a un tercero, y solicitar que la PHI sobre su tratamiento no se comparta con el Plan de Salud siempre y cuando pague el costo total de ese tratamiento de su propio bolsillo.

Además, aclaramos partes de nuestras prácticas de privacidad. En estas, se cubren los siguientes aspectos:

- cómo podemos usar o divulgar su PHI para verificar su identidad, para intercambiar información sobre su salud cuando esté recibiendo tratamiento en otro lugar, para una evaluación de riesgos y para recaudar fondos;
- casos en los que podemos solicitar su autorización para usar o revelar su PHI; por ejemplo, para la comercialización, la venta de PHI y las notas de psicoterapia.

Ya está disponible el documento regional completo del *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* en línea: <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/privacy-practices> (haga clic en Español).

Kaiser Permanente maneja una red de intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE) entre sus regiones de Kaiser Permanente y también participa en varias redes de HIE con otros proveedores de atención médica confiables fuera de Kaiser Permanente que tienen sistemas de historias clínicas electrónicas. Compartir información de manera electrónica es una forma más rápida de llevar su información de salud a otros proveedores de atención médica que lo estén tratando, para que puedan ayudarlo a tomar decisiones de tratamiento en su nombre. Puede elegir no compartir su información a través de nuestras redes de HIE en cualquier momento. Para hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente, 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852, o llame a las líneas sin costo **800-464-4000** o **301-879-6380** (TTY 711). Si elige no compartir su información, los proveedores de atención médica que lo atienden podrían llamar a Kaiser Permanente y pedir que su información de salud se proporcione de otra forma, como por fax, en lugar de acceder a la información por medio de la red de HIE.

Esto se aplica a miembros del Plan de Salud totalmente asegurados y a pacientes actuales o anteriores de Kaiser Foundation Hospitals y los Permanente Medical Groups regionales.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Bàsóò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ñ Bàsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛín ñ gbo kpáa. Dá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na i na asụ Igbo, orụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi.
Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-777-7902 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éi ná hóló, koji' hódíilnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

أردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY: 711)۔

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Centros de atención médica de Kaiser Permanente

Maryland

- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **APERTURA POR DEFINIRSE**
Centro Médico en Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical Center
- 9 Gaithersburg Medical Center
- 10 **ABRE EN 2022**
Centro Médico en Hyattsville
- 11 Kensington Medical Center
- 12 Largo Medical Center
- 13 **ABRE EN 2022**
Lutherville-Timonium Medical Center
- 14 Marlow Heights Medical Center
- 15 North Arundel Medical Center
- 16 Prince George's Medical Center
(cerrará cuando abra el Centro Médico en Hyattsville)
- 17 Shady Grove Medical Center
- 18 Silver Spring Medical Center
- 19 South Baltimore County Medical Center
- 20 Towson Medical Center
(cerrará cuando abra el Lutherville-Timonium Medical Center)
- 21 **APERTURA POR DEFINIRSE**
Centro Médico en Waldorf
- 22 **ABRE EN 2021**



- 23 White Marsh Medical Center
- 24 Woodlawn Medical Center

Virginia

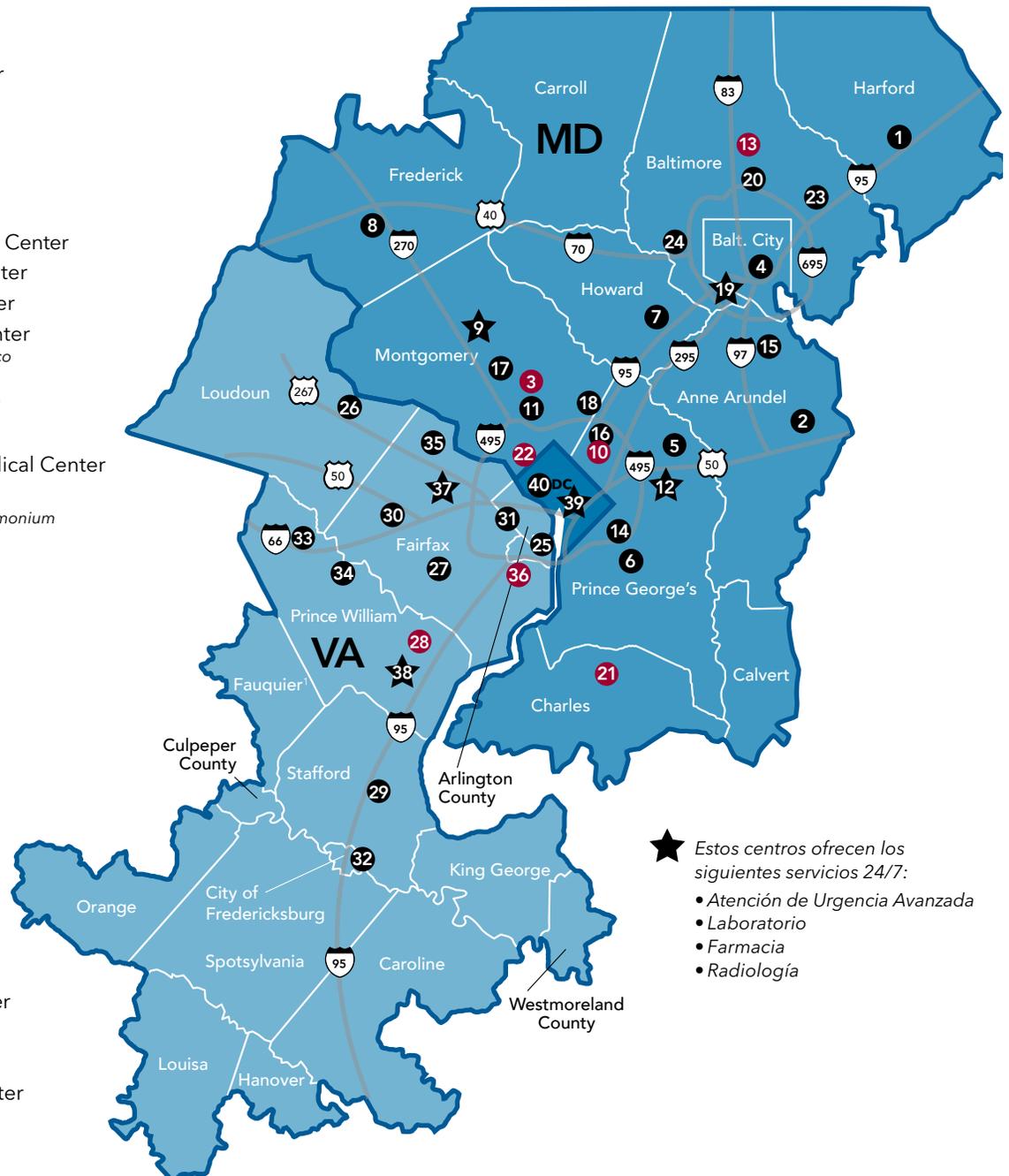
- 25 Alexandria Medical Center
- 26 Ashburn Medical Center
- 27 Burke Medical Center
- 28 **ABRE EN 2022**
Caton Hill Medical Center
- 29 Colonial Forge Medical Center
- 30 Fair Oaks Medical Center
- 31 Falls Church Medical Center
- 32 Fredericksburg Medical Center

- 33 Haymarket Crossroads Medical Center
- 34 Manassas Medical Center
- 35 Reston Medical Center
- 36 **ABRE EN 2022**
Springfield Medical Center
(junto al centro de atención actual)
- 37 Tysons Corner Medical Center

- 38 Woodbridge Medical Center
(cerrará cuando abra el Caton Hill Medical Center)

Washington, DC

- 39 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 40 Northwest DC Medical Office Building



- ★ Estos centros ofrecen los siguientes servicios 24/7:
- Atención de Urgencia Avanzada
 - Laboratorio
 - Farmacia
 - Radiología

Consulte en kp.org/facilities (en inglés) la lista más actualizada de los servicios que se prestan en los centros médicos de Kaiser Permanente.

1El área de servicio de Kaiser Permanente para Fauquier County incluye los siguientes códigos postales: 20115, 20116, 20117, 20119, 20128, 20137, 20138, 20139, 20140, 20144, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728, y 22739.



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
2101 E. Jefferson St.
Rockville, MD 20852
2021CP0675 MAS 9/1/21-12/31/22

kp.org/espanol