

Guía de Recursos para Miembros de Kaiser Permanente



Índice

Cree una cuenta en línea en kp.org/espanol	2
Elija un médico, y cámbielo en cualquier momento	3
Cómo recibir atención	4
Acceso oportuno a sus citas	9
Cómo obtener sus medicamentos recetados	10
Cómo controlar las condiciones crónicas (Norte de California)	13
Programas regionales Complete Care Support (Sur de California)	14
Información sobre la vacunación	15
Cómo protegemos su privacidad y seguridad	15
Sus derechos y responsabilidades	17
Políticas y procedimientos	20
Guía para miembros con discapacidades	31

La información incluida en esta guía se actualiza periódicamente. La última actualización se realizó en noviembre de 2025. Esta guía está destinada a los miembros de planes comerciales (a través de grupos de empleadores), planes individuales y del mercado público y privado. No está destinada a las personas inscritas en los planes Medicare Senior Advantage, Medi-Cal ni KPIC EPO. Si es miembro de un punto de servicio (*Point of Service*, POS) y desea obtener información sobre la cobertura de la red, visite kp.org/kpic/pos (en inglés). Si es miembro de KP Plus, consulte kp.org/kpplus/ca.

Si tiene preguntas sobre esta guía, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Cree una cuenta en línea en kp.org/espanol

Si no lo ha hecho, asegúrese de crear su cuenta en línea en la aplicación de Kaiser Permanente o en kp.org/registreseahora.

Una vez que se haya registrado, podrá acceder de manera segura a muchas herramientas y recursos que le permitirán ahorrar tiempo y le ayudarán a administrar la atención que recibe en los centros de Kaiser Permanente, entre los cuales se incluyen:

- consultar su historial médico, sus vacunas, la mayoría de los resultados de laboratorio y más;
- enviar mensajes al equipo de atención de Kaiser Permanente en cualquier momento cuando tenga preguntas médicas que no sean urgentes;
- surtir o volver a surtir la mayoría de los medicamentos;
- hacer, consultar y cancelar citas de rutina;
- administrar la atención médica de un familiar¹;
- consultar sus beneficios;
- pagar facturas y calcular costos;
- acceder a su tarjeta de identificación digital (incluye su número de historia clínica e información de contacto importante y se puede usar de la misma manera que la tarjeta de identificación física).

Inspírese en kp.org/espanol

Explore kp.org/espanol y encuentre muchas herramientas y consejos para llevar una vida saludable, así como recetas de cocina y artículos sobre distintos temas de salud.

Use la aplicación móvil

Descargue la aplicación de Kaiser Permanente desde su sitio de aplicaciones preferido. Si ya tiene una cuenta en kp.org/espanol, puede usar la misma identificación de usuario y contraseña para iniciar sesión en la aplicación.

Aplicaciones del Norte de California

En el Norte de California, hay 2 aplicaciones adicionales que le ayudarán a administrar la atención para usted y su familia, en cualquier momento y lugar.

Con la **aplicación My Doctor Online**, podrá hacer lo siguiente:

- recibir actualizaciones oportunas sobre su atención;
- estar en contacto con sus médicos;
- administrar su atención primaria y citas de especialidad, y acceder a las consultas por video².

Con la **aplicación My KP Meds**, podrá hacer lo siguiente:

- crear recordatorios para tomar los medicamentos en el momento adecuado;
- volver a surtir la mayoría de los medicamentos desde su teléfono inteligente o dispositivo móvil;
- administrar las listas de medicamentos, los horarios y los historiales de recordatorios.

Puede descargar la aplicación desde [Apple App Store](https://www.apple.com/app-store) o [Google Play](https://www.google.com/play)³.

¹ Las funciones en línea cambian cuando los niños cumplen 12 años. Los adolescentes tienen derecho a contar con protección de privacidad adicional conforme a las leyes del estado. Cuando su hijo cumpla 12 años, usted deberá volver a agregar al adolescente a su cuenta de kp.org/espanol con la función "Actuar en nombre de un familiar". De este modo, tendrá acceso limitado para administrar la atención de su hijo y consultar determinadas funciones.

² Cuando corresponda y esté disponible.

³ Apple y el logotipo de Apple son marcas comerciales de Apple, Inc., registradas en Estados Unidos y otros países. App Store es una marca de servicios de Apple Inc. Google Play y el logotipo de Google Play son marcas comerciales de Google LLC.

Elija un médico, y cámbielo en cualquier momento

Elija entre una gran variedad de excelentes médicos de atención primaria de Kaiser Permanente

En Kaiser Permanente, sabemos lo importante que es encontrar a un médico que satisfaga sus necesidades específicas. Tener un médico con el que se sienta a gusto es muy importante para cuidar adecuadamente su salud.

Elija el médico adecuado para usted

Para encontrar un médico personal que se adapte a sus necesidades, consulte el directorio de proveedores en kp.org/espanol y explore los perfiles en línea de nuestros profesionales. Puede buscar médicos por sexo, ubicación, idiomas que hablan y más. Puede consultar su nombre, dirección del centro de atención, número de teléfono, educación (facultad de medicina a la cual asistió y finalización de la residencia) y credenciales (acreditaciones profesionales, especialidad y estado de la certificación de la junta médica).

Puede elegir un médico personal dentro de las siguientes especialidades:

- medicina para adultos o medicina interna;
- medicina familiar;
- pediatría o medicina para adolescentes (para niños de hasta 18 años).

Cada familiar con cobertura puede elegir su propio médico personal.

Las mujeres mayores de 18 años pueden elegir un obstetra-ginecólogo y un médico personal, aunque es posible que aquellas que elijan un médico de medicina familiar como su médico personal no necesiten elegir un obstetra-ginecólogo por separado.

Cambie de médico en cualquier momento

Podrá cambiar por otro médico de Kaiser Permanente en cualquier momento y por cualquier motivo, en línea o por teléfono.

Consulte a algunos especialistas sin una referencia

No necesita una referencia para algunas especialidades, por ejemplo:

- la mayoría de los servicios de obstetricia y ginecología;
- servicios de optometría;
- la mayoría de los servicios de salud mental;
- la mayoría de los tratamientos de trastornos por uso de sustancias.

Consulte el directorio de proveedores en kp.org/espanol para ver cuándo no se necesita una referencia. Para otros tipos de atención especializada, su médico personal puede darle una referencia.

Para elegir a su médico, hacer una cita u obtener información sobre la atención especializada, puede consultar las siguientes fuentes:

Visite kp.org/espanol o la aplicación de Kaiser Permanente.

O por teléfono:

En el Sur de California, llame al **1-833-KP4CARE (1-833-574-2273)** o al **711** (TTY), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

En el Norte de California, llame a Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Cómo recibir atención (Norte de California)

Su atención, a su manera

Obtenga la atención que necesita, de la manera que usted quiere. Sin importar el tipo de atención que elija, su equipo puede ver sus antecedentes de salud de Kaiser Permanente y darle consejos personalizados que se adapten a sus necesidades².

Encuentre la atención que necesite en kp.org/espanol o en nuestra aplicación móvil (kpdoc.org/mobile). También puede llamarnos al **1-866-454-8855 (TTY 711)** para hacer una cita o pedirle consejos médicos u orientación sobre la atención a un miembro del personal de enfermería.

¿Necesita ayuda para elegir opciones de atención? Obtenga atención ahora

Visite kp.org/obteneratencion y cuéntenos cuáles son sus síntomas o inquietudes y lo guiaremos para que reciba la atención más conveniente y oportuna según sus necesidades.

Consulta por video

Comuníquese en línea directamente con un profesional clínico de salud desde su computadora, teléfono inteligente o tableta por muchas condiciones leves o atención de seguimiento^{3,4}.

Consulta electrónica

Obtenga atención en línea rápida y conveniente para problemas de salud leves. Responda algunas preguntas en kp.org/espanol o en la aplicación para obtener consejos de cuidado personal las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En algunos casos, un profesional clínico de salud de Kaiser Permanente se comunicará con usted para darle un plan de atención y medicamentos (si corresponde), generalmente antes de las 2 horas. El servicio está disponible de 7 a. m. a 7 p. m., los 7 días de la semana.

Consulta por teléfono

Ahórrese un viaje al consultorio por condiciones menores o atención de seguimiento^{3,4}.

Consulta en persona

Ofrecemos servicios el mismo día o el siguiente, después del horario normal y los fines de semana en la mayoría de nuestros centros. Ingrese a kp.org/espanol en cualquier momento o llámenos para programar una consulta.

Correo electrónico

Envíe un mensaje al equipo de atención en cualquier momento cuando tenga preguntas médicas que no sean urgentes y obtenga una respuesta, por lo general, en un plazo de dos días hábiles.

Si su plan incluye un copago, un coseguro o un deducible, se le pedirá hacer el pago cuando se registre. Puede pagar con una tarjeta de débito o crédito en el mostrador de recepción o en el puesto de autoservicio. Recibirá un estado de cuenta donde figuren los servicios que recibió, cuánto pagó y si todavía debe algo. Pida más información en recepción o consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* u otros documentos del plan.

Atención de urgencia y servicios de emergencia

Como miembro de Kaiser Permanente, dispone de cobertura para atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar del mundo¹.

Se considera que una persona necesita atención de urgencia cuando debe recibir atención médica sin demora, por lo general, en un plazo de 24 a 48 horas, pero no se trata de una condición médica de emergencia. Estos son algunos ejemplos:

- lesiones leves;
- dolores de espalda;
- dolor de oído;
- dolor de garganta;
- tos;
- síntomas en las vías respiratorias superiores;
- sensación de ardor al orinar o necesidad de orinar con frecuencia.

Si cree que tiene una condición médica de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Consulte la definición completa del término “condición médica de emergencia” en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos relacionados con la cobertura. Si tiene una crisis de salud mental, también puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** para comunicarse con un consejero especializado en crisis. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia.

La atención posterior a la estabilización (postestabilización) consiste en cuidados médicamente necesarios relacionados con una condición médica de emergencia que reciba después de que el proveedor tratante determine que esta condición se ha estabilizado. Kaiser Permanente cubre la atención de postestabilización de un proveedor que no pertenece a Kaiser Permanente solo si los servicios se autorizan con antelación, como se describe en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan, o bien si las leyes pertinentes exigen de alguna manera su cobertura.

¹ Consulte la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan para conocer los detalles de la cobertura de la atención de urgencia o los servicios de emergencia.

² Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los centros de Kaiser Permanente.

³ Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y por video no estén disponibles debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado.

⁴ Algunos proveedores ofrecen servicios solo a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no poseen locales físicos donde pueda recibir servicios. Consulte la página 20 para obtener más información.

Cómo recibir atención (Sur de California)

Su atención, a su manera

Obtenga la atención que necesita, de la manera que usted quiere. Sin importar el tipo de atención que elija, sus proveedores pueden ver sus antecedentes de salud de Kaiser Permanente y darle consejos personalizados que se adapten a sus necesidades².

Elija cómo recibir atención

Encuentre la atención que necesite en kp.org/espanol o en nuestra aplicación móvil. Para hacer una cita o recibir consejos médicos y orientación sobre atención de un miembro del personal de enfermería, llámenos al **1-833-KP4CARE (1-833-574-2273)** o al **711** (TTY)². También puede programar algunas citas en línea en kp.org/citas o con la aplicación de Kaiser Permanente.

Consulta electrónica

Obtenga atención en línea rápida y conveniente para problemas de salud leves. Responda algunas preguntas en kp.org/evisits (en inglés) o en la aplicación para obtener consejos de cuidado personal las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En algunos casos, un profesional clínico de salud de Kaiser Permanente se comunicará con usted para darle un plan de atención y medicamentos (si corresponde), generalmente antes de las 2 horas. El servicio está disponible de 7 a. m. a 9 p. m., los 7 días de la semana.

Consulta por teléfono

Programe una llamada con un médico o reciba atención personalizada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y ahórrese un viaje al consultorio por condiciones leves^{3,4}.

Si su plan incluye un copago, un coseguro o un deducible, se le pedirá hacer el pago cuando se registre. Puede pagar con una tarjeta de débito o crédito en el mostrador de recepción o en el puesto de autoservicio. Recibirá un estado de cuenta donde figuren los servicios que recibió, cuánto pagó y si todavía debe algo. Pida más información en recepción o consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* u otros documentos del plan.

Consulta por video

Comuníquese en línea directamente con un profesional clínico de salud desde su computadora, teléfono inteligente o tableta por condiciones leves o atención de seguimiento^{3,4}. Las consultas son opcionales.

Correo electrónico

Envíe un mensaje al consultorio de su médico en cualquier momento cuando tenga preguntas médicas que no sean urgentes. Inicie sesión en kp.org/espanol o use nuestra aplicación para dispositivos móviles¹.

Consulta en persona

Por lo general, hay citas disponibles el mismo día en la mayoría de los centros. Inicie sesión en kp.org/espanol en cualquier momento o llámenos para hacer una cita.

Target Clinics con atención proporcionada por Kaiser Permanente

Obtenga atención para más de 85 necesidades que no sean emergencias, como exámenes de bienestar hasta enfermedades menores y

vacunas. Ubicación conveniente en 35 tiendas Target de todo el Sur de California. Se aceptan visitas sin cita previa. Visite kptargetclinic.org (en inglés) para conocer las ubicaciones y programar citas.

Atención de urgencia y servicios de emergencia

Como miembro de Kaiser Permanente, dispone de cobertura para atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar del mundo¹.

Se considera que una persona necesita atención de urgencia cuando debe recibir atención médica sin demora, por lo general, en un plazo de 24 a 48 horas, pero no se trata de una condición médica de emergencia. Estos son algunos ejemplos:

- lesiones leves;
- dolores de espalda;
- dolor de oído;
- dolor de garganta;
- tos;
- síntomas en las vías respiratorias superiores;
- sensación de ardor al orinar o necesidad de orinar con frecuencia.

Si cree que tiene una condición médica de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Consulte la definición completa del término “condición médica de emergencia” en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos relacionados con la cobertura. Si tiene una crisis de salud mental, también puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** para comunicarse con un consejero especializado en crisis. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia.

La atención posterior a la estabilización (postestabilización) consiste en cuidados médicamente necesarios relacionados con una condición médica de emergencia que reciba después de que el proveedor tratante

determine que esta condición se ha estabilizado. Kaiser Permanente cubre la atención de postestabilización de un proveedor que no pertenece a Kaiser Permanente solo si los servicios se autorizan con antelación, como se describe en la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan, o bien si las leyes pertinentes exigen de alguna manera su cobertura.

¹ Consulte la *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan para conocer los detalles de la cobertura de la atención de urgencia o los servicios de emergencia.

² Estas opciones están disponibles cuando recibe atención en los centros de Kaiser Permanente.

³ Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono y por video no estén disponibles debido a leyes estatales que impiden que los médicos brinden atención en otros estados. Las leyes varían según el estado.

⁴ Algunos proveedores ofrecen servicios solo a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no poseen locales físicos donde pueda recibir servicios. Consulte la página 20 para obtener más información.

Acceso a la atención de emergencia

Si cree que tiene una condición médica de emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano. Consulte la definición completa del término “condición médica de emergencia” en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos relacionados con la cobertura. Si tiene una crisis de salud mental, también puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 para comunicarse con un consejero especializado en crisis.

Cobertura de los servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia, Kaiser Permanente cubrirá los servicios de emergencia que reciba de proveedores del

plan o de proveedores fuera del plan en cualquier lugar del mundo. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia.

Los servicios de emergencia incluyen todos los servicios siguientes con respecto a una condición médica de emergencia:

- Prueba de detección, examen o evaluación por un médico o cirujano o, en la medida que lo permite la ley correspondiente, por otras personas con licencia bajo la supervisión de un médico o cirujano, para determinar si existe una condición médica de emergencia o un trabajo de parto activo y, si este fuera el caso, la atención, el tratamiento y la cirugía, si están dentro del alcance de la licencia de esa persona, si son necesarios para aliviar o eliminar la condición médica de emergencia dentro de las posibilidades del centro de atención.
- Prueba de detección, examen o evaluación adicionales por un médico, u otra persona en la medida que lo permita la ley correspondiente y dentro del alcance de su licencia y los privilegios clínicos, para determinar si existe una condición médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la condición médica psiquiátrica de emergencia dentro de las posibilidades del centro de atención.

“Estabilizar” significa proporcionar tratamiento médico para una condición médica de emergencia que resulte necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro importante de su condición médica a causa del traslado ni durante su traslado desde el centro de atención. En el caso de una embarazada que tenga contracciones,

cuando no haya tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto (o cuando el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del bebé en gestación), “estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta). Para obtener más información sobre la cobertura de atención de emergencia, consulte su *Evidencia de Cobertura*, *Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

Cómo obtener atención cuando viaja

Como miembro de Kaiser Permanente, usted cuenta con cobertura para atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar del mundo¹. Ya sea que viaje dentro de los Estados Unidos o a un país extranjero, recuerde que la manera de recibir la atención puede variar según el lugar donde esté.

Visite kp.org/viajero para encontrar respuestas a preguntas frecuentes que le ayudarán a cuidar su salud mientras viaja y recibir atención médica en caso de necesitarla. O llame a la Línea de Atención para Viajeros al **1-951-268-3900** (TTY **711**) para solicitar asistencia durante el viaje, en cualquier momento y lugar².

Antes de irse

Con un poco de planificación, llegará lejos. Prepárese ahora para no enfermarse al viajar.

- Regístrese en kp.org/espanol para consultar su información de salud en línea y enviar correos electrónicos al consultorio de su médico de Kaiser Permanente en cualquier momento cuando tenga preguntas que no sean urgentes.

- Si va a pasar mucho tiempo en otra región de Kaiser Permanente, por ejemplo, para trabajar o estudiar, llame al **1-877-300-9371** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico). Le ayudaremos a crear otra cuenta de kp.org/espanol que esté vinculada a su número de historia clínica para viajeros, de modo que pueda seguir y administrar su atención de Kaiser Permanente mientras esté lejos de casa.
- Guarde el número de teléfono de la Línea de Atención para Viajeros (**1-951-268-3900** o TTY **711**) en su dispositivo móvil para solicitar asistencia durante el viaje, en cualquier momento y lugar².
- También puede instalar nuestra aplicación de Kaiser Permanente en su teléfono inteligente o dispositivo móvil para mantenerse conectado mientras esté de viaje y para acceder rápidamente a su tarjeta de identificación digital. Además, puede solicitar una tarjeta de identificación nueva o de reemplazo antes de viajar.
- Consulte con su médico si necesita tratar alguna condición durante el viaje.
- Surta sus medicamentos elegibles y los lentes de contacto que vaya a necesitar para que tenga una cantidad suficiente de suministros mientras esté de viaje. Asegúrese de surtir los productos al menos 1 o 2 semanas antes de viajar para que haya tiempo de procesar su solicitud.
- Si viaja en avión, lleve sus medicamentos con usted en el equipaje de mano.
- Solicite una copia electrónica de su historia clínica en la aplicación de Kaiser Permanente (toque “Medical Record” [Historia clínica] y, luego, “Medical Information Requests” [Solicitudes de información médica]). Si planea viajar a un lugar donde no hay acceso de Internet, considere llevar una copia impresa.

- Asegúrese de tener las vacunas al día, incluida la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la gripe.
- Obtenga información sobre las vacunas que se requieren para hacer viajes internacionales, incluida la vacuna contra el COVID-19 o los requisitos de pruebas de detección. Si viaja fuera del país, pregunte a su médico o en una clínica local para viajeros acerca de las vacunas o los medicamentos que podría necesitar.
- No olvide llevar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.
- Asegúrese de comprender qué servicios están cubiertos mientras está de viaje. Llame a la Línea de Atención para Viajeros si tiene alguna pregunta.

¹ Consulte su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan para obtener más información.

² Este número se puede marcar dentro y fuera de los Estados Unidos. Si está fuera del país, antes del número de teléfono, marque "001" en los teléfonos fijos y "+1" en los celulares. Es posible que se apliquen cargos de larga distancia. No podemos aceptar llamadas a cobro revertido. La línea telefónica no está disponible durante los principales días festivos (Año Nuevo, Pascua, Día de los Caídos, Cuatro de Julio, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad). La jornada anterior a un día festivo, deja de estar disponible más temprano, a las 10 p. m., hora del Pacífico; la jornada posterior al día festivo, vuelve a funcionar a las 4 a. m., hora del Pacífico.

Acceso oportuno a sus citas

Su salud es nuestra máxima prioridad. Nos comprometemos a ofrecerle una cita de manera oportuna cuando necesite atención.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California creó las siguientes normas sobre la disponibilidad de citas. Esta información puede ayudarle a saber qué esperar cuando solicite una cita.

Tipo de atención	Cita ofrecida
Cita para atención de urgencia	Antes de las 48 horas
Cita para servicios de atención primaria (no urgentes) de rutina (incluidas las citas de medicina interna o para adultos, pediatría y medicina familiar)	Antes de los 10 días hábiles
Atención de salud mental (no urgente) de rutina o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional que no sea un médico	Antes de los 10 días hábiles
Atención de salud mental (no urgente) de seguimiento de rutina o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional que no sea un médico	Dentro de los 10 días hábiles siguientes a la cita anterior
Atención especializada (no urgente) de rutina con un médico	Dentro de 15 días hábiles

Si prefiere hacer una cita para una fecha posterior que sea más conveniente para usted o para atenderse con un proveedor de su preferencia, respetaremos su decisión. En algunos casos, es posible que deba esperar más tiempo del que se indica si un profesional del cuidado de la salud determina que postergar la cita no tendrá un efecto negativo en su salud.

Las normas para la disponibilidad de citas no se aplican a los servicios de atención preventiva. Su proveedor puede recomendarle un calendario de citas específico para este tipo de servicios, de acuerdo con sus necesidades. Los servicios de atención preventiva pueden incluir exámenes físicos, pruebas de la vista y de la audición, vacunas, educación para la salud y atención prenatal. A menos que se indique lo contrario, las normas tampoco se aplican a la atención de seguimiento para condiciones crónicas ni a las referencias abiertas a especialistas.

Acceso oportuno a la atención por teléfono

Además, las siguientes normas para responder consultas telefónicas exigen que los planes de salud las respondan dentro de un plazo específico:

- En el caso de consejos telefónicos para saber si es necesario que reciba atención y a dónde debe acudir, los planes deben responder en un plazo de 30 minutos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- En el caso de consultas sobre el Servicio al Cliente, los planes deben responder en un plazo de 10 minutos durante el horario de atención habitual.

Use los servicios de interpretación sin costo

Cuando llame para pedir una cita o cuando acuda a una, queremos comunicarnos con usted en el idioma en el que se sienta más cómodo. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles sin costo durante todo el horario de atención. Para obtener más información sobre nuestros servicios de interpretación, llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos), o al **711** (TTY).

Cómo obtener sus medicamentos recetados

Es posible que su proveedor le recete medicamentos durante la cita. Las recetas se enviarán de forma electrónica a nuestras farmacias, y usted podrá elegir entre las siguientes formas convenientes de obtener los medicamentos:

- entrega de pedidos por correo¹;
- entrega el mismo día o el siguiente para la mayoría de los medicamentos por un costo adicional²;
- recogida en la farmacia local; comience en la ventanilla de registro.

Pedido de surtido por correo¹

Ahorre tiempo y dinero, y pida que le envíen los medicamentos por correo a su hogar sin costo adicional. Nuestro servicio de farmacia por correo ofrece una manera conveniente de volver a surtir la mayoría de sus medicamentos. Cuando solicite el envío de sus medicamentos, los recibirá en un plazo de entre 3 y 5 días. No todos los medicamentos pueden enviarse por correo; existen restricciones.

- Visite kp.org/refill (en inglés) o acceda a la aplicación móvil de KP para pedir que le vuelvan a surtir los medicamentos y revisar el estado de sus pedidos. Inscribese en Auto Refill (Surtido automático) para que el surtido de medicamentos le llegue por correo automáticamente. Puede inscribirse para recibir notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico sobre el estado de los pedidos o las nuevas recetas, así como recordatorios para volver a surtir y recoger sus medicamentos. Si es la primera vez que hace un pedido en línea para resurtir un medicamento, visite kp.org/register (en inglés) para crear una cuenta. Con el seguimiento del pedido, los recordatorios de surtido y más herramientas, cuenta

con varias maneras convenientes de administrar y surtir sus medicamentos, cuando y donde le resulte más conveniente.

- Para surtir medicamentos por teléfono, llame al **1-888-218-6245 (opción 5)** en el Norte de California o al **1-866-206-2983 (opción 2)** en el Sur de California (TTY 711).

¿Lo necesita antes?

La entrega el mismo día o el siguiente está disponible en la mayoría de las áreas y para la mayoría de los medicamentos, por un costo adicional². Haga su pedido mediante la aplicación de Kaiser Permanente, desde kp.org/homedelivery (en inglés) o por teléfono al **1-877-761-4091**. Se aplican algunas exclusiones.

Recogida en farmacia

Si necesita pedir medicamentos, puede hacerlo a través de kp.org/espanol, la aplicación de KP o en la Central de Llamadas de Farmacia (*Pharmacy Call Center*), por teléfono o chat para mensajes de texto, o bien, en persona en la Ventanilla de Registro de la Farmacia (*Pharmacy Check-In Window*). Sugerimos completar el pedido de medicamentos antes de ir a la farmacia.

¿Tiene preguntas?

Llame al número de teléfono de la farmacia que aparece impreso en la parte superior de la etiqueta del medicamento recetado.

Para obtener información sobre sus beneficios, llame a Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

¿Se quedó sin receta para surtir un medicamento?

Si ya no le quedan recetas para surtir algún medicamento, se las solicitaremos directamente a su proveedor. Una vez que se apruebe el surtido, espere 2 días hábiles para que procesemos su pedido.

¿Necesita transferir recetas médicas?³

- **De una farmacia fuera de la red de Kaiser Permanente a una farmacia de la red de Kaiser Permanente:**
Tenga listos el número de la receta médica y el número de teléfono de la farmacia fuera de la red de Kaiser Permanente, y luego llame a la farmacia de Kaiser Permanente que quiera usar. Nosotros nos encargaremos del resto. Espere 2 días hábiles para que procesemos la transferencia.
- **De una farmacia de Kaiser Permanente a otra farmacia de Kaiser Permanente:**
Visite kp.org/refill (en inglés), seleccione el medicamento que quiere surtir y la farmacia donde quiere recogerlo, y complete su pedido. O llame a la farmacia de Kaiser Permanente en la que quiere recoger su medicamento y brinde la información sobre él.

Beneficios de medicamentos

La mayoría de nuestros planes solo cubren medicamentos recetados por los siguientes profesionales:

- proveedores y personal de Kaiser Permanente o asociados;
- proveedores a quienes le hemos referido;
- proveedores que brindan servicios de emergencia o atención de urgencia fuera del área;
- dentistas.

Las recetas hechas por un proveedor que no pertenece al plan no tienen cobertura, excepto según se describe en la *Evidencia de Cobertura* o en otros documentos de cobertura. Si su plan no tiene el beneficio

de medicamentos, se le cobrará el precio total tanto de los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos disponibles como de aquellos no incluidos. En el caso de los nuevos miembros, Kaiser Permanente cubre el suministro temporal de medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos disponibles, hasta que usted pueda transferir su atención a un proveedor de Kaiser Permanente.

Medicamentos de venta libre

Los medicamentos de venta libre no requieren receta y están disponibles para la compra. Las farmacias de Kaiser Permanente ofrecen una variedad de medicamentos y suplementos de venta libre, como vitaminas, antiácidos y medicamentos para la tos y el resfriado. Su plan puede incluir cobertura para algunos medicamentos de venta libre. Si un medicamento de venta libre está cubierto por su plan, necesita una receta para obtenerlo según los términos de su plan (a excepción de los anticonceptivos de venta libre, para los cuales no se requiere una receta).

Lista de medicamentos disponibles⁴

Nuestra lista de medicamentos disponibles es una lista de medicamentos preferidos que fueron evaluados cuidadosamente y aprobados por nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics Committee, P&T), compuesto principalmente por médicos y farmacéuticos del plan de Kaiser Permanente. El Comité decide qué medicamentos incluir en la lista de acuerdo con varios factores, entre ellos, su seguridad y eficacia.

La lista de medicamentos disponibles se actualiza mensualmente de acuerdo con la nueva información o cuando hay nuevos medicamentos disponibles. Los proveedores del plan pueden recetar medicamentos genéricos o de marca.

Un medicamento genérico es una copia química de un medicamento de marca y es equivalente a este en eficacia, calidad y seguridad, pero suele costar menos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos en las mismas dosis que sus equivalentes de marca y tienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de los EE. UU.

Algunos medicamentos de marca cuentan con una versión genérica, mientras que otros no la tienen. En general, cuando un medicamento genérico nuevo sale al mercado, se agrega a la lista de medicamentos cubiertos y se quita su equivalente de marca. Cuando ambas versiones están disponibles, se suele incluir la versión genérica en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Cuando no haya una versión genérica disponible, se incluirá la versión de marca en la lista de medicamentos cubiertos. Además de las regulaciones federales, Kaiser Permanente hace otra revisión de calidad antes de aprobar el uso de medicamentos genéricos en el programa.

Si tiene un beneficio de medicamentos recetados y le recetan un medicamento incluido en la lista, ese medicamento tendrá cobertura según los términos de sus beneficios. Los medicamentos no incluidos no están cubiertos, a menos que su proveedor determine que son necesarios desde el punto de vista médico. Los medicamentos no incluidos están cubiertos cuando el proveedor del plan los receta como medicamento necesarios y se sigue el proceso de excepción de los medicamentos no incluidos en la lista.

Para obtener más información sobre la lista de medicamentos cubiertos por su plan, visite kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos) al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Cómo cambiar a un medicamento diferente

A veces, se cambia una receta porque su proveedor determina que un medicamento nuevo es una mejor opción según las normas de seguridad, eficacia o asequibilidad. Esto se conoce como “intercambio terapéutico”.

Normalmente, cuando ocurre un cambio de medicamentos de este tipo, el farmacéutico cambia automáticamente la receta para que le suministren el nuevo medicamento en su próximo surtido.

Si un medicamento que toma se ve afectado por un cambio en la lista de medicamentos cubiertos, es posible que pueda continuar recibéndolo si su proveedor decide que es médicamente necesario.

Tenga en cuenta que la inclusión de un medicamento en nuestra lista de medicamentos cubiertos no significa que su proveedor se lo recetará. Su proveedor elegirá el medicamento adecuado para usted de acuerdo con sus necesidades médicas.

Para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos, consulte su *Evidencia de Cobertura, Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

1 Para obtener información sobre su cobertura de medicamentos, consulte su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. También puede consultar al personal de la farmacia local de Kaiser Permanente si tiene alguna pregunta sobre adónde podemos enviar medicamentos recetados por correo. No todos los medicamentos recetados pueden enviarse por correo; es posible que haya restricciones.

2 Estos servicios no están cubiertos por los beneficios de su plan de salud y es posible que se limiten a medicamentos recetados, farmacias y direcciones de entrega específicos. Los tiempos límite de los pedidos y los días de entrega pueden variar según la ubicación de la farmacia. Kaiser Permanente no es responsable de las demoras en la entrega por parte del servicio encargado del envío. Kaiser Permanente puede suspender los servicios de envío de medicamentos el mismo día o el siguiente en cualquier momento y sin previo aviso. También pueden aplicarse otras restricciones. Los beneficiarios de Medi-Cal deberán solicitar más información en su farmacia local.

3 Algunos medicamentos, como las sustancias controladas de clasificación II, no son transferibles, ya que su potencial para el abuso y la adicción es alto.

4 La lista de medicamentos disponibles puede variar dependiendo de su plan de salud y está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre la lista de medicamentos disponibles correspondiente a su plan, visite kp.org/formulary (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros.

Cómo controlar las condiciones crónicas (Norte de California)

Programas de control de enfermedades

Nuestros programas de control de enfermedades ayudan a que nuestros miembros reciban la atención que necesitan para controlar sus condiciones crónicas y aprovechar sus vidas al máximo. Los servicios incluyen atención especializada, monitoreo de medicamentos y educación para ayudar a prevenir complicaciones.

Ofrecemos programas de control de enfermedades con atención basada en evidencia para diversas condiciones crónicas:

- asma;
- hepatitis C;
- hipertensión;
- enfermedad de las arterias coronarias;
- rehabilitación cardíaca;
- diabetes;
- insuficiencia cardíaca congestiva;
- prevención de fracturas;
- dolor crónico.

La rehabilitación cardíaca ofrece apoyo y administración de la atención después de un ataque cardíaco u otro episodio cardiovascular. Nuestro programa PHASE (Preventing Heart Attacks and Strokes Everyday, Evite ataques cardíacos o cerebrales cada día) está dirigido a los miembros que tengan un riesgo mayor de sufrir un ataque cardíaco o cerebral.

Si ya está listo para hacer cambios en su estilo de vida o quiere que se considere su participación en el programa, hable con su proveedor o llame al número de Educación para la Salud en su centro local.

Tome el control de su salud

Una de las claves para controlar las condiciones crónicas es tomar los medicamentos correctos según las indicaciones médicas. Estos consejos pueden ayudar.

Enfermedades de las arterias coronarias e insuficiencia cardíaca: Un estilo de vida saludable para el corazón incluye actividad física habitual, manejo del estrés y un cuidadoso control de la presión arterial y el colesterol. Además, se sugiere seguir las recomendaciones sobre alimentación (como reducir el consumo de sal), controlar el peso y tomar los medicamentos según las indicaciones médicas. Su equipo de atención le ayudará a determinar si ciertos medicamentos podrían mejorar su salud y la de su corazón.

Ayuda para el asma: Para prevenir los ataques de asma, tome los medicamentos de control diariamente según las indicaciones médicas. Hable con su médico si toma medicamentos de alivio rápido o de rescate (como el albuterol) más de dos veces por semana, si se despierta debido al asma dos o más veces al mes o si surte su receta de inhalador de albuterol más de dos veces al año. Es posible que el médico necesite modificar su medicamento para el asma. Cuando el asma esté bajo control, respirará con mayor facilidad, tendrá más energía y aprovechará mejor su vida. Para obtener más consejos sobre cómo controlar el asma, visite kpdoc.org/asthma (en inglés).

El ABC de la diabetes:

- La “A” se refiere a la prueba de A1c o el promedio de azúcar en la sangre. Una prueba de A1c indica el promedio de los niveles de azúcar en la sangre en un periodo de 3 meses.

- La “B” se refiere a las bases para una presión arterial adecuada. El objetivo es tener 139/89 o menos. Si en su casa utiliza una máquina de monitoreo por encima del codo validada, el objetivo es tener 134/84 o menos. Consulte a su proveedor cuál es el valor adecuado para usted.
- La “C” se refiere al colesterol. Para la mayoría de las personas con diabetes, tomar la dosis correcta de un medicamento de estatinas, junto con cambios para un estilo de vida saludable, protege el corazón y el sistema cardiovascular.

Mantenga el “ABC” bajo control para evitar ataques cardíacos, ataques cerebrales y enfermedades renales.

Complex Chronic Conditions (CCC) Case Management Program

El programa Complex Chronic Conditions (CCC) Case Management Program (Administración de Casos de Condiciones Crónicas Complejas) ayuda a los miembros que tienen problemas para controlar más de una condición crónica. Un grupo de enfermeros y trabajadores sociales colaboran con usted y su médico para brindarle la atención que necesita. Aprenderá habilidades de cuidado personal para controlar adecuadamente sus condiciones crónicas. Si usted o su cuidador consideran que reúne los requisitos para este programa, llame al número de Administración de Casos de su centro local.

Programas regionales Complete Care Support (Sur de California)

Los programas regionales Complete Care Support (Apoyo de atención completa) de la Región del Sur de California de Kaiser Permanente utilizan un enfoque basado en evidencia y orientado a la población para ofrecer una atención integral a los

miembros en todas las etapas de la salud, incluso para las personas sanas, las personas que tienen problemas de salud, las personas con enfermedades crónicas y las personas que se encuentran al final de la vida. Nuestro sistema de prestación de cuidado incorpora el control de enfermedades en cada interacción con los miembros, lo que ayuda a garantizar que proporcionemos tanto atención preventiva como control de enfermedades crónicas. Esta estrategia centrada en los miembros se adapta en función del perfil de salud de cada persona.

Aunque el control de enfermedades forma parte esencial de nuestro modelo de cuidado desde hace mucho tiempo, Kaiser Permanente se compromete a mejorar la administración de atención preventiva y de estilos de vida saludables, lo que puede influir significativamente en la vida de nuestros miembros. Brindamos una atención holística que aborda la salud integral en cada etapa de la vida.

El enfoque minucioso de Kaiser Permanente hacia diversas condiciones, como el asma, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, el dolor crónico, la diabetes, la depresión y el control de peso, se ve reforzado por nuestros sistemas integrados, programas y personal especializado. En conjunto, nos centramos en tratar a cada miembro de forma íntegra, con el objetivo de adecuar nuestra organización a las necesidades únicas de cada paciente. Esto es lo que distingue el enfoque de los programas Complete Care y permite que los miembros vivan bien.

Información sobre la vacunación

Se deja constancia de la información sobre la vacunación en el Registro de Vacunación de California (California Immunization Registry, CAIR), según lo requiere la ley de California

en su Artículo 17 y otras exigencias de salud pública. El Departamento de Salud Pública de California (California Department of Health) administra la base de datos segura.

Los proveedores de atención médica y las escuelas de California pueden consultar el CAIR para conocer el historial de vacunación de los pacientes. Para obtener más información, visite cairweb.org/forms.

Estos son algunos beneficios de compartir su información:

- Tendrá una copia de seguridad en caso de que pierda su tarjeta amarilla de vacunas o la de su hijo.
- Las escuelas participantes podrán ver con facilidad las vacunas que requiere su hijo.
- Contará con un registro de vacunación constante por si alguna vez necesita cambiar de plan de salud.

Si no desea que CAIR comparta su historial de vacunación o el de su hijo con las escuelas participantes o los proveedores de atención médica de California, puede cancelar su participación en cualquier momento. Para ello, visite cairweb.org/forms y haga clic en “User Guides & Forms” (Guías de usuario y formularios) y en “CAIR Forms” (Formularios del CAIR).

Cómo protegemos su privacidad y seguridad

Nos tomamos muy en serio su protección y la de su información médica y los recursos para su atención. Una de las formas de proteger su privacidad es consultar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y pedirle una identificación con fotografía cuando acude para recibir atención.

Tenemos un compromiso firme con la ética, la integridad de nuestro trabajo y el cumplimiento de todos los requisitos normativos. Capacitamos a nuestros empleados y médicos para ayudar a proteger su privacidad y evitar el fraude y el robo de identidad. Observamos nuestros sistemas y procedimientos para detectar cualquier señal de conducta indebida y tomamos las medidas correctivas que sean necesarias.

Si nota posibles signos de conducta indebida, por ejemplo, una persona que usa la tarjeta de identificación o la información de otra persona de manera inadecuada, una notificación de cargos por servicios que usted no recibió o una modificación inesperada en sus medicamentos, comuníquese con Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). Para obtener más información sobre todo lo que hacemos para protegerle, visite el sitio web kp.org/protectingyou (haga clic en “Español”).

Sus derechos y responsabilidades

Kaiser Permanente es su aliado en el cuidado integral de la salud. La comunicación activa entre usted y su médico, así como entre usted y otros miembros de su equipo de atención médica, nos permite ofrecerle la atención más apropiada y eficaz. Queremos asegurarnos de que reciba la información necesaria sobre el plan de salud, las personas que le atenderán y los servicios disponibles, incluidas importantes pautas de atención preventiva. Contar con esta información le permitirá participar activamente en las decisiones de su propia atención médica. También respetamos su derecho a la privacidad y a ser atendido con respeto y consideración. En esta sección, se explican sus derechos y responsabilidades como miembro de Kaiser Permanente y se incluye información sobre el Servicio a los Miembros, las referencias a especialistas, la privacidad y confidencialidad, y el procedimiento de resolución de disputas.

Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos), o al **711** (TTY).

Como miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su plan de salud, los servicios que su plan de salud le ofrece y los proveedores de atención médica disponibles para atenderle.

- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan de salud.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y si el plan de salud puede imponer ciertas limitaciones a esos servicios.
- Conocer los costos de su atención y si se ha alcanzado su deducible o el gasto máximo de bolsillo.
- Elegir un proveedor de atención médica dentro de la red de su plan de salud y cambiar a otro médico de la red de su plan si no está satisfecho.
- Recibir atención médica de manera oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita oportuna con un proveedor de atención médica dentro de la red de su plan de salud, incluida una cita con un especialista.
- Tener una cita con un proveedor de atención médica fuera de la red de su plan de salud cuando su plan no pueda proporcionar acceso oportuno a la atención con un proveedor dentro de la red.
- Ciertas adaptaciones por su discapacidad (también consulte la “Guía para miembros con discapacidades” en la página 27), que incluyen las siguientes:
 - ♦ acceso equitativo a los servicios médicos, lo que incluye salas de examen y equipos médicos accesibles en el consultorio o instalación de un proveedor de atención médica;
 - ♦ acceso completo e equitativo, como el de otros miembros del público, a las instalaciones médicas;
 - ♦ tiempo adicional en las consultas, si lo necesita;
 - ♦ llevar animales de servicio a las salas de examen con usted.

- Adquirir un seguro de salud o determinar la elegibilidad para Medi-Cal a través del Mercado de Beneficios de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés, y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, que incluye, entre otros:
 - ♦ atención médica inclusiva para personas trans, que incluye todos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales;
 - ♦ que lo llamen por su nombre y pronombre de preferencia.
- Recibir de su proveedor de atención médica, si se le solicita, toda la información adecuada sobre su problema de salud o condición médica, plan de tratamiento y cualquier tratamiento alternativo propuesto que sea apropiado o médicamente necesario. Esta información incluye los resultados esperados disponibles, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir el tratamiento.
- Participar con sus proveedores de atención médica en la toma de decisiones sobre su atención, lo que incluye brindar su consentimiento informado al recibir tratamiento. En la medida que lo permita la ley, también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Tener una conversación sobre las opciones de tratamiento apropiadas o Médicamente Necesarias para su condición, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Recibir cobertura de atención médica incluso si tiene una condición preexistente.
- Recibir tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por uso de sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventiva, muchos de los cuales no requieren copago, coseguro ni deducible.
- No tener límites anuales ni de por vida en los servicios de atención médica básicos.
- Mantener a los dependientes elegibles en su plan de salud. Consultar si los dependientes reúnen los requisitos para inscribirse en su plan si tiene la cobertura de un grupo de empleador.
- Recibir información sobre un aumento o cambio de tarifa no razonable si está inscrito en un plan individual.
- Tener protección contra la facturación del saldo ilegal por parte de un proveedor de atención médica.
- Solicitar a su plan de salud una segunda opinión de un profesional de atención médica debidamente calificado.
- Esperar que su plan de salud mantenga su información médica personal privada, cumpliendo con sus políticas de privacidad y con las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los proveedores de atención médica información sobre quién ha recibido su información médica personal.
- Solicitar a su plan de salud o a su médico que se comuniquen con usted únicamente de ciertas maneras o en ciertos lugares.
- Contar con la protección de su información médica relacionada con servicios sensibles.
- Obtener una copia de sus registros y agregar sus propias notas. Puede solicitar a su médico o a su plan de salud que modifiquen la información sobre usted en sus registros médicos si no es correcta o está incompleta. Su médico o

plan de salud puede negar su solicitud. Si esto ocurre, puede agregar una declaración a su expediente explicando la información. Para revisar, recibir u obtener copias de su historia clínica, comuníquese con el Departamento de Entrega de Información a través de **kp.org/requestrecords** (haga clic en “Español”).

- Tener un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete proporcionado sin costo para usted.
- Recibir materiales escritos en su idioma de preferencia cuando la ley lo exija.
- Recibir la información de salud en un formato utilizable si es ciego, sordo o tiene visión baja.
- Solicitar continuidad de la atención si su proveedor de atención médica o grupo médico abandona su plan de salud o si usted es un nuevo miembro del plan de salud.
- Tener Instrucciones Anticipadas sobre la Atención Médica.
- Estar completamente informado sobre el procedimiento de quejas de su plan de salud y comprender cómo utilizarlo sin temor a que se interrumpa su atención médica.
- Presentar una queja, queja formal o apelación en su idioma de preferencia sobre:
 - ◆ su plan de salud o proveedor de atención médica;
 - ◆ cualquier atención que reciba, o acceso a la atención que busque;
 - ◆ cualquier decisión sobre un servicio cubierto o beneficio que tome su plan de salud;
 - ◆ cualquier cargo o factura indebidos por la atención que reciba;

◆ cualquier alegación de discriminación por identidad o expresión de género, o por denegaciones, demoras o modificaciones indebidas de la Atención Médica Inclusiva para Personas Trans, incluidos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales;

◆ incumplimiento de su necesidades con el idioma.

- Saber por qué su plan de salud rechaza un servicio o tratamiento.
- Contactar al Departamento de Atención Médica Administrada si tiene dificultades para acceder a los servicios de salud o tiene preguntas sobre su plan de salud.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su plan de salud rechazó, modificó o demoró un servicio de atención médica.

Como miembro, usted es responsable de lo siguiente:

- Tratar a todos los proveedores de atención médica, al personal de los proveedores de atención médica y al personal del plan de salud con respeto y dignidad.
- Compartir la información necesaria con su plan de salud y proveedores de atención médica, en la medida de lo posible, para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados con sus proveedores de atención médica y seguir los planes e instrucciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, ir a todas las citas programadas y llamar a su proveedor de atención médica para avisar que puede llegar tarde o necesita cancelar la cita.

- Evitar presentar reclamos o información falsa, fraudulenta o engañosa a su plan de salud o a los proveedores de atención médica.
- Notificar a su plan de salud si hay algún cambio en su nombre, dirección o en los miembros de su familia cubiertos por su plan de salud.
- Pagar de manera oportuna todas las primas, copagos y cargos por servicios no cubiertos.
- Notificar a su plan de salud lo antes posible si se le está facturando de forma incorrecta.

Como miembro, usted también es responsable de lo siguiente:

- Ser civilizado y respetuoso.
En Kaiser Permanente, nos comprometemos a garantizar un entorno seguro y respetuoso para todos, lo que incluye a nuestros miembros, pacientes, visitantes, profesionales clínicos de salud, proveedores, equipos de atención médica y empleados. Esperamos que todas las personas se comporten de manera civilizada y respetuosa mientras estén en nuestras instalaciones o durante las interacciones de atención médica virtual o a domicilio. Como parte del Código de Conducta para Pacientes, Visitantes y Miembros, prohibimos expresamente lo siguiente:
 - el lenguaje abusivo, incluidas las amenazas y las ofensas;
 - el acoso sexual;
 - las agresiones físicas;
 - la posesión o el uso de todos los tipos de armas, incluidas las de fuego.

Nos reservamos el derecho a tomar las medidas adecuadas para resolver los comportamientos abusivos, molestos, inapropiados o agresivos.

Políticas y procedimientos

En esta sección, se analizan la lista de medicamentos disponibles y las políticas sobre las referencias a especialistas, las tecnologías nuevas, la confidencialidad y las prácticas de privacidad. También se describe el proceso de resolución de disputas y los procedimientos de toma de decisiones sobre la cobertura y los tratamientos médicos.

Para hablar con un representante sobre nuestras políticas y procedimientos, incluidos los beneficios y la cobertura, comuníquese con Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Servicios anticonceptivos

Si su plan no cubre los servicios anticonceptivos, es posible que haya servicios adicionales disponibles a través del Programa de Equidad de Salud Reproductiva de California de manera gratuita.

Acerca de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente

A cada uno de nuestros miembros se le asigna un número único de historia clínica, que se utiliza para localizar su información médica y de membresía. Todos los miembros reciben una tarjeta de identificación con su número.

Su tarjeta se usará únicamente para fines de identificación. Para recibir servicios cubiertos, debe ser un miembro activo. Si usted fue miembro y se ha inscrito nuevamente en

nuestro plan de salud, recibirá una nueva tarjeta de identificación con su número de historia clínica original.

Siempre que reciba una nueva tarjeta de identificación, destruya las anteriores y comience a utilizar la nueva. Si pierde su tarjeta de identificación o si le asignamos por error más de un número de historia clínica, llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Referencias para atención especializada

Su médico de atención primaria le referirá a un especialista del plan cuando considere que necesita atención especializada. Para algunos servicios de atención especializada, como obstetricia y ginecología, la mayoría de los servicios de salud mental y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, no se necesita una referencia. En algunos casos, es posible que necesite consultar a un médico que no pertenezca al plan. Estos servicios tendrán cobertura solo si el grupo médico los autoriza. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura*, *Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

Aviso sobre la disponibilidad del Directorio de Proveedores en línea e impreso Las leyes de California exigen que Kaiser Permanente publique y mantenga un Directorio de Proveedores en línea que incluya determinada información sobre los proveedores disponibles para nuestros miembros, incluido si el proveedor acepta o no pacientes nuevos.

Un directorio de proveedores es una lista de los médicos y los centros del plan en su región de origen. Este directorio está disponible en el sitio web kp.org/ubicaciones. Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los

Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos y los Centros de Atención del Plan puede cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Servicios de telesalud a través de proveedores externos

Algunos proveedores del plan ofrecen servicios exclusivamente mediante citas de telesalud (consultas por video, por teléfono y por correo electrónico seguro) y no poseen centros físicos para que pueda recibir servicios en persona.

- **Usted elige cómo se prestan los servicios:** No está obligado a recibir los servicios de telesalud de estos proveedores. Puede optar por recibir los servicios en persona de otro proveedor del plan.
- **Costos compartidos:** Todo costo compartido que pague por servicios de telesalud se acumulará al deducible o gasto máximo de bolsillo aplicable de igual forma que las visitas en persona.
- **Derecho a acceder a la historia clínica:** Si recibe servicios de telesalud mediante estos proveedores, puede pedir acceso a su historia clínica para esta visita. Esta información se puede agregar a su historia clínica y compartir con su médico de atención primaria. Para revisar, recibir y obtener su historia clínica, comuníquese con el Departamento de Entrega de Información Médica en kp.org/requestrecords (haga clic en "Español"). Si desea negarse a compartir su historia clínica, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Puede comunicarse con Servicio a los Miembros llamando al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con los servicios de interpretación).

Nuevas tecnologías

Kaiser Permanente lleva a cabo un riguroso proceso de tratamientos y pruebas para observar y evaluar la evidencia clínica de nuevas tecnologías médicas. Los médicos de Kaiser Permanente deciden si las nuevas tecnologías médicas que demostraron ser seguras y eficaces en estudios clínicos publicados y revisados por pares son adecuadas para los pacientes desde el punto de vista médico.

Coordinación de beneficios

Es posible que usted y su familia puedan reducir sus gastos médicos si tienen cobertura de más de un plan médico. La coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) determina cuánto cubrirá cada plan respecto del costo de un servicio. A través de la COB, las organizaciones de atención médica y las compañías de seguros cooperan para pagar su atención médica.

- Si tiene cobertura de Medicare, determinaremos qué cobertura paga primero según las normas de Medicare. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), para conocer qué normas de Medicare corresponden a su situación y cómo debe manejar el pago.
- Si tiene más de un plan médico a través de un grupo de empleador, las normas de coordinación de beneficios de California determinarán qué cobertura paga primero. Para obtener más información sobre la COB, consulte su *Evidencia de Cobertura*, *Certificado de Seguro* u otros documentos del plan, o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000**.

Acumulaciones con relación a deducibles y gastos máximos de bolsillo

Para saber cuánto le falta para alcanzar los deducibles, si los hubiera, y los gastos máximos de bolsillo, use la herramienta en línea de resumen de gastos máximos de bolsillo en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (disponible en inglés y en más de 150 idiomas utilizando servicios de interpretación). Le proporcionaremos información sobre el saldo de acumulación cada mes que reciba servicios hasta que alcance sus gastos máximos de bolsillo individuales o hasta que su familia alcance los gastos máximos de bolsillo familiares.

Le proporcionaremos información sobre el saldo acumulado por correo, a menos que haya optado por recibir avisos de forma electrónica. Puede cambiar sus preferencias en cuanto al envío de documentos en cualquier momento. Para ello, ingrese a kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Información sobre el estado de los reclamos

Tiene derecho a hacer un seguimiento del estado de su reclamo durante el proceso de reclamos y obtener la siguiente información a través de un solo contacto telefónico con un representante de Servicio a los Miembros: en qué etapa del proceso se encuentra, el monto aprobado, el monto pagado, el costo para el miembro y la fecha de pago (si corresponde). Para preguntar acerca del estado de un reclamo, comuníquese con Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Decisiones sobre cobertura o servicios

La administración del uso de los servicios de atención médica y demás recursos relacionados es un aspecto fundamental de la forma en que los médicos y el personal de Kaiser Permanente colaboran para controlar los costos y mejorar los servicios de atención médica que usted recibe. La administración eficaz de nuestros recursos incluye tomar decisiones que nos permitan garantizar que reciba la atención que necesita. Comunicarse con franqueza con los miembros de su equipo de atención médica es una forma importante de ayudarnos a garantizar que reciba los cuidados que necesita.

Muchas agencias, entidades de acreditación y empleadores exigen que las organizaciones de atención administrada y los hospitales detecten y corrijan el posible uso excesivo o insuficiente de servicios. Entre ellos, se encuentran el National Committee for Quality Assurance (Comité Nacional para el Control de Calidad), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare y Medi-Cal) y The Joint Commission. Esta supervisión de los servicios se denomina “administración de los recursos”.

En Kaiser Permanente, la autorización previa de la supervisión de utilización de servicios (utilization management, UM) se hace para una pequeña cantidad de servicios de atención médica solicitados por su proveedor. La revisión de la UM determina si el servicio solicitado es médicamente necesario para su salud. Si lo es, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea clínicamente adecuado según los términos de su cobertura de salud. Tomamos las decisiones de la UM en función de criterios de la UM basados en evidencias y la *Evidencia de Cobertura*. En el caso de una denegación de la UM, los miembros y proveedores recibirán un aviso por escrito en el que se les comunicará la decisión, la descripción de los criterios utilizados y las razones clínicas de dicha decisión. Una copia de los criterios de UM específicos utilizados

para respaldar la decisión estará disponible y se le proporcionará si la solicita.

No recompensamos específicamente a los proveedores ni demás personas que hagan una supervisión de utilización de servicios por denegar cobertura o servicios. El objetivo de los beneficios económicos para las personas que toman decisiones sobre la UM no es lograr que se autoricen menos servicios.

El tipo de cobertura que tenga determina sus beneficios. Los médicos de Kaiser Permanente y los proveedores de atención médica contratados toman decisiones acerca de su atención y de los servicios que recibe de acuerdo con sus necesidades clínicas individuales. Los médicos y otros proveedores pueden emplear pautas de prácticas clínicas (información, herramientas y otros medios que faciliten la toma de decisiones) como ayuda para tomar decisiones sobre el tratamiento.

Su médico de Kaiser Permanente no toma decisiones sobre su atención médica con el fin de recibir una recompensa económica o porque dicha decisión resultaría en su contratación, despido o ascenso. Tampoco recibe ninguna recompensa económica si no proporciona los servicios que usted necesita. Kaiser Permanente se asegura de que su médico le proporcione la atención que necesite en el momento oportuno y en el lugar adecuado.

Si desea obtener más información sobre las políticas que rigen los beneficios económicos y cómo se controla la utilización de los servicios y los gastos, comuníquese con Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY).

Ayuda con los aspectos y los procesos de supervisión de utilización de servicios

Si tiene preguntas relacionadas con los aspectos o los procesos de la utilización de servicios, llame al Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos) al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). También puede obtener información en kp.org/um (en inglés).

Los representantes del Servicio a los Miembros y el personal de la UM están disponibles durante el horario habitual de atención para responder sus preguntas y dudas relacionadas con asuntos de la UM. Llame al número del centro médico de su comunidad y solicite que lo comuniquen con Servicio a los Miembros o con el Departamento de Supervisión de Utilización de Servicios. El horario de atención es de lunes a viernes (excepto días festivos), de 9 a. m. a 5 p. m. También puede dejar un mensaje de voz después del horario habitual cuando tenga preguntas sobre los procesos de UM o asuntos específicos relacionados. Recuerde dejar su nombre, su número de historia clínica o su fecha de nacimiento, un número de teléfono para localizarle y su consulta específica. Los mensajes se responden, a más tardar, el siguiente día hábil.

Inscríbese para la donación de órganos: ayude a salvar vidas

¿Sabía que una persona puede salvar la vida de 8 personas y mejorar las de otras 50 más por medio de la donación de órganos y tejidos? Si aún no lo hizo, inscríbese hoy mismo como donante de órganos en donevidacalifornia.org. Asegúrese de explicar sus deseos a sus seres queridos, a sus familiares y a su médico.

Calidad

En Kaiser Permanente, estamos orgullosos de la atención y los servicios médicos de alta calidad que ofrecemos a nuestros miembros. El reconocimiento que hemos recibido de organizaciones independientes por nuestro programa interno de mejoras y el uso de tecnologías avanzadas para prestar atención médica demuestra claramente nuestro compromiso con la calidad. Puede obtener más información sobre nuestro programa de calidad en kp.org/quality (haga clic en “Español”).

Participamos en varias actividades que reflejan la calidad de la atención y de los servicios que ofrecemos. Además, puede consultar información para entender mejor la calidad de la atención que Kaiser Permanente ofrece y comparar nuestro desempeño con el de otros planes de salud de California. Esta información sobre experiencias clínicas y de pacientes se informa a través del California Center for Data Insights and Innovation (CDII) (anteriormente conocido como Oficina de Defensa de los Derechos del Paciente) y se puede consultar e imprimir. Para obtener las evaluaciones de experiencias clínicas y de pacientes de todos los centros de Kaiser Permanente y la explicación de los métodos de calificación y puntaje empleados para demostrar el desempeño en esas áreas, visite <https://www.cdii.ca.gov/consumer-reports/>.

También participamos en diversas actividades en la comunidad para mejorar la seguridad de los pacientes, una de nuestras máximas prioridades. Por ejemplo, participamos en la encuesta de Leapfrog Group. Leapfrog Group está compuesto por compañías de Fortune 500 y otras organizaciones públicas y privadas de todo el país que proporcionan beneficios de atención médica. El objetivo del grupo es mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica en los Estados Unidos.

Uno de sus principales programas es una encuesta voluntaria, a través de la web, que se utiliza para reunir información sobre la atención médica en hospitales urbanos. Todos los centros médicos de Kaiser Permanente en California y la mayoría de nuestros hospitales contratados participaron en la encuesta más reciente. Para consultar los resultados de la encuesta, visite <https://www.leapfroggroup.org/ratings-reports>.

Prácticas de privacidad

Kaiser Permanente protege la privacidad de su información médica protegida (*protected health information*, PHI). También exigimos a los proveedores contratados que protejan su PHI. Su PHI es información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o los pagos por esta atención, a través de la cual se lo puede identificar.

En general, usted puede ver y recibir copias de su PHI, solicitar corregirla o actualizarla y pedirnos que justifiquemos la divulgación de ciertos datos incluidos en ella. Puede solicitar la entrega de comunicaciones confidenciales en un lugar distinto de su dirección habitual o por medios alternativos. Si quiere solicitar comunicaciones confidenciales, complete el formulario disponible en kp.org/espanol, en “Solicitud de formularios de comunicaciones confidenciales”. Su solicitud de comunicaciones confidenciales tendrá validez hasta que presente una revocación o una solicitud nueva de comunicaciones confidenciales. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros (consulte los números a continuación).

Es posible que usemos o divulguemos su PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica, como la evaluación de la calidad de los servicios. A veces, la ley exige que compartamos la PHI con terceros (por ejemplo,

agencias gubernamentales) o como respuesta a una acción judicial. Además, si tiene cobertura a través de un grupo de su empleador, podemos compartir su PHI solo con su grupo con su autorización o en los casos en que la ley así lo permita. No usaremos ni divulgaremos su PHI con otros fines sin su autorización por escrito (o la de su representante), excepto en las situaciones que se describen en nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad. La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. Nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad, que ofrece información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a la PHI, está disponible en kp.org/privacy (haga clic en “Español”) tras elegir la región del Sur o del Norte de California. Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). También puede encontrar el aviso en su centro local del plan.

Resolución de disputas

Tenemos el firme propósito de resolver rápidamente sus inquietudes. En las siguientes secciones, se describen algunas de las opciones que puede utilizar para la resolución de disputas. Consulte su *Evidencia de Cobertura*, *Certificado de Seguro* u otros documentos del plan, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para averiguar las opciones de resolución de disputas que le

corresponden. Esto es muy importante si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico de Alto Riesgo (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP), el Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (Federal Employees Health Benefits, FEHB) o CalPERS, ya que, en tal caso, dispone de otras opciones para resolver disputas. La siguiente información está sujeta a cambios cuando se revisen su *Evidencia de Cobertura*, *Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

Le enviaremos una confirmación de que hemos recibido su queja informal, queja formal o apelación en un plazo de 5 días. Le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días a partir de que recibamos su queja oral o escrita. Haremos todo lo posible por resolver su problema con rapidez. En el caso de una queja formal de urgencia, responderemos como se describe a continuación en la sección “Procedimiento urgente”.

Quejas sobre la calidad de la atención o del servicio, o sobre el acceso a los centros o a los servicios

Si tiene alguna queja sobre la calidad de la atención o del servicio, o sobre el acceso a los centros de atención o a los servicios, puede presentarla en línea o comunicarse con un coordinador de ayuda para pacientes o un representante de Servicio a los Miembros de un centro del plan de su área. También puede llamar a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). Para presentar una queja en línea, vaya a kp.org/espanol y diríjase al final de la página. En la sección “Ayuda para miembros”, haga clic en “Centro de Apoyo”. En el lado izquierdo de la pantalla, haga clic en “Presente una queja”.

Nuestros representantes le informarán sobre nuestro proceso de resolución y se asegurarán de que las partes correspondientes revisen su queja.

Quejas formales

Una queja formal es cualquier expresión de disconformidad expresada por usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas formales. Algunas razones por las que podría presentar una queja formal son las siguientes:

- Recibió por escrito una denegación de servicios que requieren una autorización previa de parte del grupo médico y desea que cubramos los servicios.
- Recibió por escrito una denegación de una segunda opinión o no respondimos a su solicitud de una segunda opinión de manera oportuna, según corresponda para su condición.
- Quiere que cubramos los servicios que su médico tratante ha considerado que no son médicamente necesarios.
- Le informaron que los servicios no tienen cobertura, pero usted considera que deberían tenerla.
- Quiere que sigamos ofreciendo cobertura para un tratamiento cubierto en curso.
- Cree que los proveedores, el personal o el plan de salud lo discriminaron.
- Cancelamos su membresía y usted no está de acuerdo con dicha cancelación.

Quién puede presentar una queja

Las siguientes personas pueden presentar una queja formal o informal:

- Puede hacerlo usted mismo.
- Puede pedirle a un amigo, pariente, abogado o cualquier otra persona que presente una queja por usted si le designa como su representante autorizado por escrito.

- Uno de los padres puede presentar la queja en nombre de su hijo menor de 18 años, pero el menor debe designarle como su representante autorizado, si es que el menor tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja.
- Un tutor nombrado por un tribunal puede presentar una queja en nombre de la persona bajo su tutela, pero dicha persona bajo tutela debe designar al tutor nombrado por el tribunal como su representante autorizado, si es que la persona bajo tutela tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja.
- Un protector nombrado por un tribunal puede presentar una queja en nombre de la persona bajo su protección.
- Un representante con un poder legal para la atención médica vigente puede presentar una queja formal por el titular, en la medida que lo autorice la ley del estado.
- Su médico puede actuar como su representante autorizado con su consentimiento verbal para solicitar una queja formal urgente como se describe en su *Evidencia de Cobertura, Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si reúne los requisitos, usted o su representante autorizado pueden hacer que su problema se revise a través de una revisión médica independiente (independent medical review, IMR) que dirige el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California (California Department of Managed Health Care). Este departamento determina qué casos reúnen los requisitos para una IMR. Esta revisión es sin costo.

Puede tener derecho a una IMR si se cumplen todas estas condiciones:

- Una de estas situaciones corresponde a su caso:
 - Recibió una recomendación de un proveedor para solicitar servicios médicamente necesarios.
 - Recibió servicios médicos de emergencia o de urgencia de un proveedor que determinó que los servicios eran médicamente necesarios.
 - Consultó a un proveedor del plan para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica.
- Su solicitud de pago o de servicios se ha denegado, modificado o demorado sobre la base total o parcial de una decisión de que los servicios no eran médicamente necesarios.
- Presentó una queja formal y la hemos denegado o no hemos tomado una decisión al respecto en un plazo de 30 días (o de 3 días en el caso de las quejas formales urgentes). El Departamento de Atención Administrada de la Salud puede exonerarle del requisito de presentarnos primero a nosotros una queja formal en casos excepcionales y apremiantes, como dolor intenso o posible pérdida de la vida, de extremidades o de funciones importantes del organismo. Si hemos denegado su queja formal, debe presentar su solicitud de una IMR en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de nuestra denegación por escrito. Sin embargo, el Departamento de Atención Administrada de la Salud puede aceptar su solicitud después de 6 meses si determina que las circunstancias impidieron la presentación oportuna.

Es posible que también reúna los requisitos para una IMR si el servicio que solicitó se denegó porque era experimental o estaba en fase de investigación, como se describe en

la sección “Denegación de servicios experimentales o en fase de investigación” en su *Evidencia de Cobertura, Certificado de Seguro* u otros documentos del plan.

Si el Departamento de Atención Administrada de la Salud determina que su caso cumple con los requisitos para una IMR, nos pedirá que enviemos su caso a la organización de revisión médica independiente de dicho departamento. El Departamento de Atención Administrada de la Salud le notificará la decisión apenas reciba la determinación de la organización de revisión médica independiente. Si esta decisión es a su favor, nos comunicaremos con usted para gestionar el servicio o el pago.

Organización de revisión independiente para solicitudes de medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos recetados cubiertos

Si presentó una queja formal para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles y la decisión no es a su favor, podrá presentar una solicitud de revisión de su queja formal por parte de una organización de revisión independiente (*independent review organization*, IRO). Debe presentar la solicitud de revisión de una IRO en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba nuestra carta de decisión.

En el caso de revisiones urgentes de una IRO, le enviaremos la decisión del revisor independiente antes de las 24 horas. En el caso de revisiones no urgentes, le enviaremos la decisión del revisor independiente en un plazo de 72 horas. Si la decisión del revisor independiente no es a su favor, podrá presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud, como se describe en “Departamento de Atención Administrada de la Salud”. También podrá presentar una solicitud para una revisión médica independiente, como se describe en “Revisión Médica Independiente”.

Procedimiento urgente

Si quiere que consideremos su queja formal de manera urgente, debe solicitarlo en el momento de presentarla. Nota: En ocasiones, “urgente” se denomina “apremiante”. Si existen circunstancias exigentes, es posible que su queja formal se revise mediante el procedimiento urgente que se describe en esta sección.

Debe presentar su queja formal urgente o solicitud de revisión de una IRO de una de las siguientes maneras:

- Comuníquese con la línea telefónica sin costo de nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas **al 1-888-987-7247 (TTY 711)**.
- Visite kp.org/espanol, donde podrá presentar una queja formal o informal, así como una solicitud de revisión acelerada.
- Envíe una solicitud escrita por correo a la siguiente dirección:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
- Envíe su solicitud escrita por fax a la Unidad de Revisiones Aceleradas a la línea sin costo **1-888-987-2252**.
- Visite una oficina de Servicio a los Miembros de un centro de atención del plan.

Nosotros decidiremos si su queja formal es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica tratante nos informe que es urgente.

Si determinamos que su queja formal no es urgente, seguiremos el procedimiento descrito en su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. En general, una queja formal es urgente solo si se cumple una de las siguientes situaciones:

- Usar el procedimiento estándar podría poner en grave riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar sus funciones corporales al máximo.

- Seguir el procedimiento estándar podría, en opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, provocarle un dolor intenso tal que no podría controlarse adecuadamente sin prolongar el tratamiento con cobertura.
- Un médico con conocimiento de su condición médica determina que su queja formal es urgente.
- Usted recibió servicios de emergencia, pero no lo han dado de alta de un centro de atención, y su solicitud consiste en una hospitalización, continuación de hospitalización u otro servicio de atención médica.
- Recibe actualmente un ciclo de tratamiento con un medicamento recetado para pacientes ambulatorios no incluidos en la lista de medicamentos disponibles, y su queja formal consiste en la solicitud de volver a surtir un medicamento que no se encuentra en dicha lista.

En el caso de la mayoría de las quejas formales que respondemos de manera urgente, le daremos un aviso verbal de nuestra decisión tan pronto como su condición clínica lo requiera, en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido su queja formal. Le enviaremos una confirmación por escrito de nuestra decisión en un plazo de tres días después de haber recibido su queja formal.

Si su queja formal incluye una solicitud para obtener un medicamento recetado para pacientes ambulatorios no incluidos en la lista de medicamentos disponibles y respondemos a su solicitud de manera urgente, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Para obtener información sobre cómo solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente, consulte la sección anterior, “Organización de revisión independiente para solicitudes de medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos”.

Si nuestra decisión no es a su favor, en nuestra carta se le explicará el motivo y se describirán sus derechos de apelación.

NOTA: Si tiene un problema que representa un peligro grave o inminente para su salud (como dolor intenso o posible pérdida de la vida, de extremidades o de funciones importantes del organismo), puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California en cualquier momento, llamando al **1-888-466-2219** o al **1-877-688-9891** (TTY) sin necesidad de haber presentado antes una queja formal.

Arbitraje obligatorio

Usted tiene derecho a expresar sus quejas sobre Kaiser Permanente y la atención que brindamos. La mayoría de las inquietudes de nuestros miembros se resuelven por medio del proceso de quejas informales y formales. Sin embargo, si considera que la atención fue negligente, puede solicitar el arbitraje obligatorio de un árbitro.

Al inscribirse, los miembros de Kaiser Permanente aceptan usar el procedimiento de arbitraje obligatorio*, en lugar de recurrir a un juicio por jurados o ante un tribunal, para decidir ciertos asuntos que no puedan resolverse por medio del procedimiento de resolución de disputas. El arbitraje es una alternativa al sistema judicial muy usada. El arbitraje no limita la capacidad de un miembro de iniciar acciones legales contra Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.), The Permanente Medical Group, Inc. (TPMG), Southern California Permanente Medical Group (SCPMG) y sus proveedores, empleados, etc. (colectivamente referidos como “Kaiser Permanente”). El arbitraje es simplemente un foro diferente para la resolución de disputas.

La Oficina del Administrador Independiente (Office of the Independent Administrator) es una entidad neutral que administra estos arbitrajes. De acuerdo con este organismo,

el sistema de arbitraje se ha diseñado para que muchos casos se resuelvan oportunamente y, en varias circunstancias, más rápido que si fuera en un tribunal. La Oficina del Administrador Independiente ha establecido un grupo de casi 300 árbitros independientes. Alrededor de un tercio de los árbitros son jueces jubilados. La decisión del árbitro es obligatoria tanto para los miembros como para Kaiser Permanente.

Para obtener más información sobre el arbitraje obligatorio, consulte su *Evidencia de Cobertura* u otros documentos del plan. La Oficina del Administrador Independiente emite informes anuales disponibles al público sobre el sistema de arbitraje. Puede comunicarse con este organismo al **1-213-637-9847**. La información sobre el sistema de arbitraje también está disponible en el sitio web de la Oficina del Administrador Independiente, oia-kaiserarb.com.

Departamento de Atención Administrada de la Salud

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY) y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el DMHC.

El seguimiento de este procedimiento de quejas formales no anula ningún posible derecho o remedio legal que pueda estar a su disposición.

Puede llamar al DMHC si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin

resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR).

De ser así, durante el proceso de IMR se hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto; las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El DMHC también cuenta con una línea telefónica sin costo (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para las personas sordas o con problemas auditivos. En el sitio web del DMHC, www.dmhc.ca.gov, podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

Aviso sobre el intercambio de información personal con Covered California

Las leyes de California requieren que Kaiser Permanente le notifique cada año que proporcionaremos su información, lo que incluye su nombre, dirección y correo electrónico, a Covered California si usted suspende su cobertura de atención médica con nosotros. Covered California usará esa información para ayudarle a obtener otra cobertura de salud. Si no quiere que Kaiser Permanente comparta su información con Covered California, puede optar por no hacerlo.

Para ello, visite kp.org/notifications (en inglés) o comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos) (los usuarios de TTY, deben llamar al **711**), 30 días antes de que finalice su cobertura. Gracias.

Guía para miembros con discapacidades

Kaiser Permanente se compromete a brindarle a los individuos con discapacidad un acceso equitativo y pleno a la atención y a los centros. La información que se presenta aquí lo guiará a través de los recursos disponibles para ayudarle a planificar su visita u hospitalización en cualquiera de nuestros centros de atención en el ámbito estatal.

Accesibilidad a consultas por video

La plataforma de Zoom que Kaiser Permanente usa en las consultas, clases y visitas grupales por video en Internet ofrece las siguientes características de accesibilidad para favorecer una comunicación eficaz con los miembros sordos o con problemas de audición:

- chat integrado;
- subtítulos integrados y automatizados;
- facilidad para incorporar a la consulta un intérprete calificado en lenguaje de señas, un intérprete calificado para personas sordas o un generador de subtítulos profesional calificado como participantes integrados;
- funcionalidad de integración de subtítulos en vivo;
- funcionalidad que permite que los participantes de la consulta vean al resto de los participantes, uno al lado del otro, o que participantes específicos queden anclados en la vista.

Además, nos preocupamos porque los intérpretes calificados en lenguaje de señas, los intérpretes calificados para sordos y los generadores de subtítulos calificados profesionales, que participan en

las consultas por video con miembros sordos o con problemas de audición, cuenten con la tecnología adecuada evitar interrupciones importantes en el desarrollo de las consultas. Los intérpretes y generadores de subtítulos harán lo posible por incorporarse a la consulta cuando lo hagan el paciente y el proveedor, para evitar problemas en la comunicación.

Los miembros sordos o con problemas de audición pueden indicar su preferencia por una opción de accesibilidad a la consulta por video, o una combinación de ellas, que se dejará asentada en el perfil del miembro:

- un intérprete calificado en lenguaje de señas integrado;
- un intérprete calificado para sordos integrado;
- generación de subtítulos automatizada;
- subtítulos en tiempo real a cargo de un generador de subtítulos profesional calificado;
- cualquier preferencia de género para los intérpretes.

Encontrará información sobre accesibilidad en las consultas por video en lenguaje de señas en [este video](#).

Accesibilidad física en los centros de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente cumple con todos los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y las leyes de derechos civiles sobre incapacidad relacionadas. Las personas con discapacidad son bienvenidas en todos nuestros centros. Si quiere saber sobre el acceso en un determinado centro, ofrecemos información en línea sobre la accesibilidad física en el estacionamiento, el exterior del edificio, el interior del edificio, los baños, las salas de examen y las mesas de exploración o básculas en muchos de nuestros centros. En kp.org/espanol, en “Médicos y centros”,

puede ingresar la ubicación o el código postal y palabras clave para buscar médicos y centros cercanos. Una vez que elija un centro, en los detalles del centro pueden indicarse los siguientes niveles de acceso en función de las pautas del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS):

- **Acceso básico:** Se comprueba que el centro ofrece accesibilidad física para personas con discapacidad en cada una de las siguientes 5 áreas estudiadas: estacionamiento, exterior del edificio, interior del edificio, baños y salas de examen.
- **Acceso limitado:** El centro brinda accesibilidad física a personas con discapacidad en algunas de las siguientes 5 áreas estudiadas, pero no en todas: estacionamiento, edificio exterior, edificio interior, baños y salas de examen.
- **Acceso a equipo médico:** Se comprueba que el centro ofrece a los pacientes con discapacidad acceso a mesas de exploración con altura ajustable y básculas accesibles para personas en sillas de ruedas y sillas de ruedas motorizadas. También se indica con el símbolo T, que se describe a continuación.

Los siguientes símbolos también pueden brindar información adicional sobre la accesibilidad física de un centro:

E = sala de examen

La entrada a la sala de examen es accesible y tiene un sendero bien marcado. Las puertas se abren con facilidad y son lo suficientemente anchas para permitir el paso de sillas de ruedas o sillas de ruedas motorizadas. Hay suficiente espacio en la sala de examen para hacer girar una silla de ruedas o silla de ruedas motorizada.

EB = exterior del edificio (afuera)

Las rampas en el borde de la acera y en otras áreas son lo suficientemente anchas como para permitir el paso de una silla de ruedas o sillas de ruedas motorizadas.

Las rampas tienen pasamanos en ambos lados. Hay una entrada accesible al edificio. Las puertas se abren lo suficiente para permitir el paso de sillas de ruedas o sillas de ruedas motorizadas y tienen picaportes fáciles de usar.

IB = interior del edificio (adentro)

Las puertas se abren lo suficiente para permitir el paso de sillas de ruedas o sillas de ruedas motorizadas y tienen picaportes fáciles de usar. Las rampas interiores son lo suficientemente anchas y tienen pasamanos. Las escaleras, si las hay, tienen pasamanos. Si hay un ascensor, está habilitado para el uso público en todo momento en que el edificio está abierto. Hay suficiente espacio en el ascensor para hacer girar una silla de ruedas o silla de ruedas motorizada. Si hay una plataforma de elevación, puede usarse sin ayuda.

P = estacionamiento

Los espacios de estacionamiento, incluidas las áreas para camionetas, son accesibles. Hay rampas en los bordes de las aceras entre las zonas de estacionamiento, las oficinas y las áreas de descenso para pacientes.

R = baños

Los baños son accesibles y las puertas se abren fácilmente y son lo suficientemente anchas como para permitir el paso de sillas de ruedas o sillas de ruedas motorizadas. Hay suficiente espacio en el baño como para hacer girar una silla de ruedas o una silla de ruedas motorizada y cerrar la puerta. Hay barras para sujetarse que permiten pasar fácilmente de la silla de ruedas al inodoro. Es fácil acceder al lavabo, y los grifos, el jabón y el papel sanitario son fáciles de alcanzar y de usar.

T = mesa de exploración o báscula

La mesa de exploración se desplaza hacia arriba y abajo, y la báscula es accesible y tiene barandillas para facilitar su uso a las personas en silla de ruedas

y en scooter para discapacitados. En la báscula hay espacio suficiente para una silla de ruedas.

Si no se detalla información sobre accesibilidad física en línea de un centro al que le interesa acudir, no significa que no sea accesible. Comuníquese directamente con el centro o hable con su proveedor si tiene alguna duda sobre cómo se garantizarán las adaptaciones en función de sus necesidades particulares durante su visita.

Formatos alternativos

- **Hay documentos impresos disponibles en formatos alternativos**

Los documentos están disponibles en letra grande, en braille, en audio y en formato electrónico (documentos que pueden abrirse como PDF o en Microsoft Word) sin cargo para los individuos con discapacidad. El tiempo requerido para la publicación de materiales escritos en formatos alternativos puede variar según la complejidad, el tipo y el tamaño del documento solicitado, y de si los materiales se preparan internamente o los preparan proveedores externos. Generalmente, los materiales escritos en formatos alternativos pueden publicarse en dos semanas o menos. Muchos documentos electrónicos están disponibles para su descarga o visualización inmediata en kp.org/espanol.

Para obtener documentos en formatos alternativos, llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación), al **1-800-757-7585** (dialectos chinos) o al **711** (TTY). También puede comunicarse con nosotros en línea visitando nuestro [Centro de Atención](#).

Dispositivos y servicios auxiliares:

Se encuentran disponibles dispositivos y servicios auxiliares sin costo para garantizar una comunicación eficaz de modo que pueda recibir atención y servicios. Comuníquese con su proveedor o con Servicio a los Miembros para consultar sobre los tipos de dispositivos, servicios o modificaciones que podemos ofrecerle para que tenga un acceso total a nuestros servicios y comunicaciones. Como ejemplo, podemos mencionar el lenguaje de señas, los servicios de interpretación, el subtitulado en tiempo real, los aparatos de amplificación de sonido, los documentos en formatos alternativos, la asistencia para traslado en silla de ruedas y la disponibilidad de equipo médico accesible, entre otros.

Servicios de farmacia

Las farmacias de Kaiser Permanente ofrecen una variedad de soluciones de comunicación para los miembros que son ciegos, tienen vista disminuida o pueden tener dificultades para recordar, entender o escuchar, por ejemplo:

- Formatos alternativos (braille, letra grande, audio y documentos que pueden usarse con lectores de pantalla).
- Etiquetas de los medicamentos en letra grande y lector de etiquetas con voz. El dispositivo ScripTalk Station y la aplicación ScripTalk Mobile leen en voz alta las etiquetas de medicamentos con diseños especiales. Solicite el lector de etiquetas con voz y el dispositivo ScripTalk Station a través de su farmacia local, el centro de llamadas de farmacia o el servicio de farmacia por correo. También puede descargar la **aplicación ScripTalk Mobile** desde [Apple App Store](#) o [Google Play](#).
- Dispositivos de ayuda auditiva (assistive listening devices, ALD), como Pocket Talker, un amplificador auditivo de mano.

- Intérpretes de lenguaje de señas.
- Otros dispositivos y servicios auxiliares a pedido.

Para obtener más información o ayuda:

Consulte los números de su farmacia local o del centro de llamadas de la farmacia:

- **Llame a Servicio a los Miembros** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), al **1-800-788-0616** (español), al **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de los servicios de interpretación) o al **1-800-757-7585** (dialectos chinos). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- **Use kp.org/espanol**
Inicie sesión, seleccione “Pharmacy” (Farmacia) y luego “Find a KP Pharmacy” (Encuentre una farmacia de KP).
- **Use la aplicación móvil de KP**
Inicie sesión, navegue hasta la sección “Pharmacy” (Farmacia) y seleccione “Find a Pharmacy” (Encuentre una farmacia).

Animales de servicio

Kaiser Permanente da la bienvenida a los animales de servicio en sus centros. La Ley de Estadounidenses con Discapacidades define a los animales de servicio como perros (y, como puede requerir la ley, caballos miniatura) adiestrados individualmente para hacer trabajos o tareas para personas con discapacidad. El trabajo o la tarea para la que se ha adiestrado a un perro debe relacionarse directamente con la incapacidad de la persona. Los perros cuya única función es proporcionar consuelo o apoyo emocional no se consideran animales de servicio según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, y no se admite su ingreso a los centros de Kaiser Permanente. Hacer pasar un animal por un animal de servicio adiestrado es un delito menor punible con 6 meses de cárcel o una multa de hasta \$1,000 (sección 365.7[a] del Código Penal).

Acceso a la tecnología

En Kaiser Permanente, nos dedicamos a asegurar que nuestra experiencia digital sea accesible para todos. Revisamos y modificamos continuamente nuestra tecnología para mejorar su accesibilidad para las personas con discapacidad. Nos esforzamos por ofrecer experiencias digitales equitativas y positivas a las personas que utilizan tecnologías de asistencia o métodos de adaptación.

- **kp.org/espanol y la aplicación móvil de Kaiser Permanente**
cuentan con un grupo principal de expertos en materia de accesibilidad que forman el Digital Accessibility Program (Programa de Accesibilidad Digital) de Kaiser Permanente. Estos especialistas colaboran con los equipos de información digital durante todo el ciclo de vida del producto, desde el diseño hasta las pruebas. Nuestros bienes digitales, que incluyen el sitio web, las aplicaciones móviles de Kaiser Permanente y los documentos electrónicos, son congruentes con las Pautas de Accesibilidad al Contenido Web (Web Content Accessibility Guidelines), versión 2.2, niveles A y AA (denominadas WCAG 2.2 AA).

Determinamos el cumplimiento mediante revisiones y pruebas de accesibilidad durante el proceso de diseño y desarrollo, y evaluamos la accesibilidad con una combinación de pruebas automatizadas y manuales. Nuestras herramientas y métodos incluyen el teclado, JAWS, VoiceOver, TalkBack, zoom al 400 %, espaciado de texto y analizador de contraste de color. Los PDF se prueban con diversas herramientas, como Adobe Acrobat Pro Accessibility Checker, el validador de PDF CommonLook, el analizador de contraste de color y JAWS.

Puede obtener más información sobre nuestras iniciativas de accesibilidad en kp.org/accessibility (haga clic en “Español”).

- **Tecnología en los centros de Kaiser Permanente**

Kaiser Permanente usa una variedad de tecnologías en sus centros médicos para brindar información y servicios a los miembros. Diseñamos, seleccionamos e instalamos estas tecnologías para que la mayor cantidad posible de miembros puedan usarlas. Sin embargo, estas tecnologías no reemplazan la ayuda personalizada. Si no sabe cómo usar las tecnologías que encuentra durante sus visitas, nuestros empleados están aquí para ayudarle.

- **¿Necesita ayuda?**

Si desea informar sobre un problema de accesibilidad digital o brindar comentarios sobre la accesibilidad de nuestros sitios web o de las aplicaciones móviles de Kaiser Permanente, envíe un correo electrónico a

accessibility-feedback@kp.org.

Si necesita ayuda inmediata para usuarios, llame al número de asistencia general del sitio web al **1-800-556-7677** o al **711** (TTY), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede visitar nuestro [Centro de Apoyo](#) para obtener ayuda.

ATENCIÓN. Se ofrece ayuda oportuna en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios de forma oportuna:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ♦ intérpretes calificados,
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org/espanol** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el **Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal)** en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**