

---

## **Parte Dos del Formulario de Revelación**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Regiones Norte y Sur de California

## **Descripción general de su cobertura**

Kaiser Permanente Traditional HMO Plan  
Kaiser Permanente Deductible HMO Plan  
Kaiser Permanente HSA-Qualified High Deductible Health Plan (HDHP) HMO Plan

## Introducción

En esta *Parte Dos del Formulario de Revelación*, se ofrece una descripción general de algunas características importantes de su membresía de Kaiser Permanente. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para obtener un resumen de las preguntas más comunes sobre los beneficios. Si necesita una copia de la *Parte Uno del Formulario de Revelación*, pídasela a su grupo.

Estos documentos son únicamente un resumen de la cobertura de su Plan de Salud. Para obtener información detallada sobre los términos y las condiciones de la cobertura, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*. Antes de inscribirse, tiene derecho a revisar la EOC. Para obtener una copia, comuníquese con su grupo.

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉNES O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN MÉDICA.** Si tiene necesidades de atención médica especiales, lea cuidadosamente las secciones que le correspondan.

Al unirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su “Región Base”. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para saber qué Región de California es su Región Base. **La información sobre cobertura en este Formulario de Revelación corresponde cuando recibe atención en el área de servicio de su Región Base.** Consulte “Región Base” en la sección “Definiciones” para saber cuál es la zona geográfica de su Área de Servicio.

Los servicios que se describen en *Parte Uno del Formulario de Revelación* tienen cobertura solo si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Los servicios son Medicamente Necesarios.
- Un Médico del Plan administra, indica, autoriza o dirige los servicios, y usted los recibe de un Proveedor del Plan dentro de su Área de Servicio, excepto cuando se indique específicamente lo contrario en la EOC en el caso de referencias autorizadas, Beneficios Cubiertos recibidos fuera de su Área de Servicio, cuidados paliativos, Atención y Servicios de Emergencia, Atención Posterior a la Estabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área y servicios de ambulancia para emergencias.

Además, en este *Formulario de Revelación* se describen diferentes planes de beneficios como, por ejemplo, algunos que pueden incluir deducibles para servicios especificados. Excepto que se indique lo contrario, todo lo que conste en esta sección del *Formulario de Revelación* corresponde a todos los planes de beneficios. Tenga en cuenta que ofrecemos todos los beneficios que exige la ley (por ejemplo, suministros para hacer pruebas de diabetes).

Consulte el resumen de deducibles, Copagos y Coseguro en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Si tiene preguntas sobre los beneficios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o consulte la EOC.

Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en este *Formulario de Revelación*, según se describe en la sección “Definiciones” que se encuentra al final de este folleto.

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de formularios de revelación:

**“Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un familiar necesiten: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y del parto; tratamientos para la infertilidad; o interrupción voluntaria del embarazo. Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto.**

**Comuníquese con el médico que lo va a atender, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención médica que necesite”.**

Tenga en cuenta que, si un servicio está cubierto, pero no se ofrece en algún Centro de Atención del Plan, se lo brindaremos en otro.

## **Cómo Obtener Beneficios Cubiertos**

Nuestros miembros reciben Beneficios Cubiertos de Proveedores del Plan (médicos, personal de enfermería titulado, enfermeros especializados y otros profesionales médicos) dentro del Área de Servicio en Centros de Atención del Plan, excepto según se describe en este *Formulario de Revelación* o la *EOC* para los servicios que se mencionan a continuación:

- referencias autorizadas;
- servicios de ambulancia por emergencia;
- Atención y Servicios de Emergencia, Atención Posterior a la Estabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área;
- cuidados paliativos;
- Beneficios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio.

Para conocer las ubicaciones de los Centros de Atención del Plan, consulte la lista en el sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## **Atención y Servicios de Emergencia**

### **Atención y Servicios de Emergencia**

Si tiene una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, llame al **911** (donde esté disponible) o vaya al departamento de emergencias más cercano. 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 Atención y Servicios de Emergencia. Cuando tenga una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, cubriremos la Atención y los Servicios de Emergencia que reciba de Proveedores del Plan o Proveedores Fuera del Plan en cualquier lugar del mundo.

La Atención y los Servicios de Emergencia están disponibles en los departamentos de emergencia de los Hospitales del Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si un Proveedor Fuera del Plan le brinda Atención y Servicios de Emergencia, Atención Posterior a la Estabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, usted no debe pagar ningún monto además del Costo Compartido de la Atención y los Servicios de Emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

### **Atención Posterior a la Estabilización**

Cubrimos la Atención Posterior a la Estabilización de un Proveedor Fuera del Plan (consulte el título “Atención Posterior a la Estabilización” en “Atención y Servicios de Emergencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios Cubiertos” de la *EOC* para obtener información detallada) en las siguientes circunstancias:

- Cuando reciba Atención Posterior a la Estabilización de un Proveedor Fuera del Plan en California, un Proveedor Fuera del Plan en Nevada que no sea un centro de atención de la Red de la Organización de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*) de Cigna Healthcare o un centro de atención de la red de la

PPO de Cigna fuera de un Estado en el que Opera Kaiser Permanente, cubrimos los servicios únicamente si se obtiene autorización previa para la atención o si las leyes correspondientes exigen que se proporcione (“autorización previa” significa que los servicios se deben aprobar con antelación).

- Cuando cualquier otro proveedor fuera de California le brinde Atención Posterior a la Estabilización que califique como “Atención y Servicios de Emergencia” según la ley federal (su médico tratante determina que usted no puede viajar hasta un Proveedor del Plan por su condición médica o usted o su representante autorizado no están en condiciones de poder dar su consentimiento de acuerdo con la ley estatal de consentimiento informado).

Usted es responsable del costo total de los servicios de un Proveedor Fuera del Plan después de que su condición se haya Estabilizado en las siguientes circunstancias:

- Si recibe Atención Posterior a la Estabilización que no se haya autorizado de un Proveedor Fuera del Plan en California, un Proveedor Fuera del Plan en Nevada que no sea un centro de atención de la Red de la PPO de Cigna Healthcare o un centro de atención de la red de la PPO de Cigna fuera de un Estado en el que Opera Kaiser Permanente.
- Si recibe Atención Posterior a la Estabilización que no califique como “Atención y Servicios de Emergencia” y que no se haya autorizado de cualquier otro proveedor fuera de California (en tales circunstancias, el Proveedor Fuera del Plan puede notificar y solicitar su consentimiento para prestar los servicios, pero estos Servicios no están cubiertos, a menos que los hayamos autorizado).

## **Atención de Urgencia**

### **Dentro de su Área de Servicio**

Si considera que podría necesitar Atención de Urgencia, llame al número de teléfono correspondiente de citas o del enfermero de consulta de un Centro de Atención del Plan.

### **Atención de Urgencia Fuera del Área**

Si necesita Atención de Urgencia por una enfermedad, lesión o complicación imprevistas de una condición existente (incluido el embarazo), cubrimos los servicios Médicamente Necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud (o la de su bebé no nacido) que le proporcione un Proveedor Fuera del Plan si se cumple todo lo siguiente:

- Recibe los servicios de Proveedores Fuera del Plan cuando esté temporalmente fuera del Área de Servicio.
- Consideró razonablemente que su salud (o la de su bebé no nacido) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta que regresara al Área de Servicio.

No necesita autorización previa para los Servicios de Urgencia Fuera del Área.

Para recibir atención de seguimiento de un Proveedor del Plan, llame al número de teléfono de citas o consulta de un Centro de Atención del Plan. No ofrecemos atención de seguimiento de Proveedores Fuera del Plan una vez que usted ya no necesite Atención de Urgencia, con excepción del equipo médico duradero cubierto. Si necesita equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia después de haberla recibido Fuera del Área, su proveedor deberá obtener una autorización previa.

## **Su tarjeta de identificación**

La tarjeta de identificación de cada Miembro de Kaiser Permanente tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para hacer una cita o recibir consejos o cuando vaya a un proveedor para recibir atención con cobertura. Cuando reciba atención, lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con foto. Su número de historia clínica se usa para identificar su expediente médico y la información de membresía. Su número de historia clínica siempre será el mismo. Llame a Servicio a los Miembros si, por error, le asignamos más de un número de historia clínica o si necesita reemplazar su tarjeta de identificación.

Si necesita obtener atención antes de haber recibido su tarjeta de identificación, pida a su grupo el número del grupo (comprador) y la fecha en que entró en vigencia la cobertura.

## **Centros de Atención del Plan**

Los Centros de Atención del Plan se encuentran en el Directorio de Proveedores de su Área de Servicio. En el directorio se describen los tipos de Beneficios Cubiertos disponibles en cada Centro de Atención del Plan porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Beneficios Cubiertos.

El Directorio de Proveedores está disponible en el sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones). Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros de Atención del Plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

En general, en la mayoría de los Centros de Atención del Plan puede recibir todos los Beneficios Cubiertos que necesite, incluidos Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia, atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. No tiene que ir a un Centro de Atención del Plan específico; le recomendamos ir al que le resulte más conveniente. Para ver una lista de las ubicaciones de los centros de atención en su área, visite el sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- Todos los Hospitales del Plan brindan servicios para pacientes hospitalizados y están abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Atención y los Servicios de Emergencia están disponibles en los departamentos de emergencias de los Hospitales del Plan (para conocer las ubicaciones de los departamentos de emergencias, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Las -citas de Atención de Urgencia para el mismo día están disponibles en diversas ubicaciones (para conocer las ubicaciones de la Atención de Urgencia, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Muchos Consultorios Médicos del Plan ofrecen citas por la tarde y los fines de semana.
- Muchos Centros de Atención del Plan tienen una oficina de Servicio a los Miembros (para conocer las ubicaciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

## **Su médico personal del Plan:**

Los Médicos personales del Plan desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, incluidas las hospitalizaciones y las referencias a especialistas. Le recomendamos que elija un Médico personal del Plan; puede escoger a cualquiera que esté disponible. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos personales del Plan son Médicos de Atención Primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, o especialistas en obstetricia y ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria). También puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Atención Primaria, igualmente proporcionan este tipo de servicio. Puede cambiar de Médico personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Médico personal del Plan, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Puede obtener un directorio de nuestros Médicos del Plan en nuestro sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

## **Cómo obtener una referencia**

### **Referencias a Proveedores del Plan**

Un Médico del Plan debe referirle para que pueda obtener atención de especialistas en, por ejemplo, cirugía, ortopedia, cardiología, oncología, dermatología, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Un Médico del Plan también debe referirle para recibir el Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro

Autista detallado en la sección “Servicios de Salud Mental” de la *EOC*. Sin embargo, no necesita una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de cualquiera de los siguientes Proveedores del Plan:

- su Médico personal del Plan;
- médicos generalistas de medicina interna, pediatría y medicina familiar;
- especialistas en optometría, servicios de salud mental, tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y obstetricia/ginecología.

Tiene que obtener una referencia de un Médico del Plan antes de que pueda recibir atención de un especialista en urología, pero no necesita una referencia para recibir servicios relacionados con la salud sexual o reproductiva, por ejemplo, una vasectomía.

Aunque no se requiere una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de estos proveedores, es posible que se necesite una referencia en las siguientes situaciones:

- Es posible que el proveedor deba obtener autorización previa para determinados servicios de acuerdo con el “Procedimiento de autorización previa para ciertos servicios y referencias”.
- Es posible que el proveedor deba referirle a un especialista que tenga experiencia clínica relacionada con su enfermedad o condición.

### **Referencias abiertas**

Si un Médico del Plan lo refiere a un especialista, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención continua del especialista. Por ejemplo, si tiene una condición médica potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante, y necesita atención continua de un especialista, puede obtener una referencia abierta.

### **Procedimiento de autorización previa para ciertos servicios y referencias**

La Supervisión de Utilización de Servicios (*Utilization Management*, UM) es un proceso que determina si un servicio que recomendó su proveedor tratante es Médicamente Necesario para usted. La autorización previa es un proceso de supervisión de UM que determina si los servicios solicitados son Médicamente Necesarios antes de que se proporcione la atención. Si son Médicamente Necesarios, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea clínicamente adecuado según los términos de su cobertura de salud. Únicamente médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes para denegar o modificar una autorización.

En general, la mayoría de los servicios no necesita una autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de servicios que sí necesitan autorización previa por parte del Plan de Salud para los servicios que se cubrirán (“autorización previa” significa que el Plan de Salud debe aprobar los servicios con antelación).

- servicios de acupuntura;
- equipo médico duradero, suministros para ostomía y urología, y dispositivos protésicos y ortopédicos;
- anestesia dental;
- referencias a proveedores fuera del plan.

Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la autorización, visite el sitio web [kp.org/UM](http://kp.org/UM) (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa.

Consulte el título “Atención Posterior a la Estabilización” en “Atención y Servicios de Emergencia” en la sección “Cómo Obtener Beneficios Cubiertos” de la *EOC* para conocer los requisitos de autorización correspondientes a la Atención Posterior a la Estabilización recibida de Proveedores Fuera del Plan.

Esta descripción es solo un resumen del procedimiento de autorización. Para obtener más información, consulte la EOC o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## **Segundas opiniones**

Tiene derecho a obtener una segunda opinión. Si desea una segunda opinión, puede solicitar a Servicio a los Miembros que le ayude a conseguirla con un Médico del Plan que sea un Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado para tratar su condición. Para obtener más información, consulte la EOC.

## **Acceso oportuno a la atención**

### **Normas sobre la disponibilidad de citas**

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

- Cita para atención de urgencia: en un plazo de 48 horas.
- Cita para servicios de atención primaria (no urgente) de rutina (incluidas las citas de medicina interna o para adultos, pediatría y medicina familiar): en 10 días hábiles.
- Cita para atención especializada de rutina (no urgente) con un médico: en 15 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental (no urgente) de rutina o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con un profesional médico que no sea médico: en 10 días hábiles.
- Cita de seguimiento (no urgente) para atención de salud mental o tratamiento del trastorno por consumo de sustancias con un profesional de atención médica que no sea médico, para aquellos que estén siguiendo un tratamiento para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias en curso: dentro de los 10 días hábiles.

Las normas de disponibilidad de citas no se aplican a los Servicios Preventivos. Su Proveedor del Plan podría recomendarle una programación específica de Servicios Preventivos, según sus necesidades. A excepción de lo especificado anteriormente para la atención de la salud mental y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, las normas tampoco se aplican a la atención periódica de seguimiento para condiciones crónicas ni a las referencias abiertas a especialistas.

### **Acceso oportuno a la atención por teléfono**

El DMHC estableció las siguientes normas para responder las preguntas telefónicas:

- Consultas telefónicas para saber si necesita recibir atención y dónde obtenerla: en un plazo de 30 minutos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Preguntas generales: en un plazo de 10 minutos durante el horario de atención normal.

## **Servicios de interpretación**

Infórmenos si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando reciba Beneficios Cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención sin costo. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a Servicio a los Miembros.

## **Acceso a servicios de salud mental y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias**

Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de formularios de revelación:

**Tiene derecho a recibir servicios de Salud Mental (*Mental Health*, MH)/Trastorno por Consumo de Sustancias (*Substance Use Disorder*, SUD) oportunos y de fácil acceso por su ubicación cuando los necesite. Si el Plan de Salud no puede gestionarle esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, deberá cubrir y gestionar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar nada más que el costo compartido habitual dentro de la red.**

**Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de los 10 días hábiles desde que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no necesita autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si se necesita autorización previa).**

**Si su plan de salud no gestiona los servicios en estos plazos y dentro de las condiciones de fácil accesibilidad, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor certificado, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para recibir cobertura de su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.**

**Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California, al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California a través de su sitio web <http://www.healthhelp.ca.gov> para solicitar ayuda con los servicios de MH/SUD.**

### **Cómo se Paga a los Proveedores del Plan**

El Plan de Salud y los Proveedores del Plan son contratistas independientes. Se paga a los Proveedores del Plan de varias maneras: con sueldo, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, costo por servicio y pago de incentivos. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los Médicos del Plan por brindar o gestionar la atención médica y hospitalaria para los Miembros, visite el sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## **Sus Costos**

### **Costo Compartido (deducibles, Copagos y Coseguro)**

Cuando reciba Beneficios Cubiertos, deberá pagar el Costo Compartido que se incluye en la EOC. En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará que haga un pago por el Costo Compartido en el momento en que reciba los servicios. Tenga en cuenta que este pago puede cubrir solo una parte del Costo Compartido total de los Beneficios

Cubiertos que reciba. Además, se le facturará cualquier otro monto que deba pagar. En algunos casos, su proveedor no le solicitará que realice un pago en el momento en que reciba los servicios y se le facturarán los montos que deba pagar del Costo Compartido. A continuación, se incluyen ejemplos por los que le podrían enviar una factura:

- Recibe servicios no preventivos durante una consulta preventiva.
- Recibe servicios de diagnóstico durante una consulta de tratamiento.
- Recibe servicios de tratamiento durante una consulta de diagnóstico.
- Recibe servicios de un segundo proveedor durante su consulta.
- Un Proveedor del Plan no puede cobrarle su Costo Compartido en el momento en que usted recibe los servicios.

En algunos casos, es posible que un Proveedor Fuera del Plan esté involucrado en la prestación de los Beneficios Cubiertos en un Centro de Atención del Plan o contratado en donde hayamos autorizado que reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo Compartido de los Beneficios Cubiertos que reciba en los Centros de Atención del Plan o contratados donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Haber Recibido un Servicio”.

Si tiene preguntas sobre el Costo Compartido de servicios específicos que espera recibir o que su proveedor indica durante una consulta o un procedimiento, visite nuestro sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol) para usar nuestra herramienta de estimación de costos o llame a Servicio a los Miembros.

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular el costo de los servicios sujetos al Deducible del Plan, llame de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para averiguar si tiene un Deducible del Plan.
- Para todos los demás cálculos del Costo Compartido, llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Los cálculos del Costo Compartido se basan en sus beneficios y en los servicios que espera recibir. Son una proyección del costo y no representan una garantía del costo final de los servicios. Su costo final puede ser mayor o menor que el calculado, ya que no puede conocerse con antelación todo lo relacionado con su atención.

## **Copagos y Coseguro**

En la *Parte Uno del Formulario de Revelación*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la EOC para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

Nota: Si los Cargos por servicios son menores que el Copago descrito en esta EOC, pagará el monto menor, sujeto a cualquier deducible o gasto máximo de bolsillo correspondiente.

Después de alcanzar el deducible que corresponda y durante el resto de ese Periodo de Acumulación, pagará el Copago o Coseguro correspondiente, sujeto al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

## **Deducible de Medicamentos**

Si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, los límites del deducible se especificarán en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Si tiene un Deducible de Medicamentos, debe pagar los Cargos por los Servicios sujetos al Deducible de Medicamentos durante el Periodo de Acumulación para ciertos Medicamentos Recetados, suministros y suplementos hasta que alcance el monto del Deducible de Medicamentos que se menciona en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Una vez que alcance el Deducible de Medicamentos, cubriremos esos servicios con el monto de Copago o Coseguro correspondiente. Consulte la sección “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” de la EOC para conocer los Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos.

## **Deducible del Plan**

Si su cobertura incluye un Deducible del Plan, los límites del deducible se especificarán en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Nota: El monto del Deducible del Plan en un Plan de Salud con Deducible Alto puede aumentar si el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos modifica el deducible mínimo obligatorio.

Si tiene un Deducible del Plan, debe pagar los Cargos por los Servicios, sujeto al Deducible del Plan, hasta que lo alcance en cada Periodo de Acumulación. Los únicos pagos que cuentan para el Deducible del Plan son los que hace por Beneficios Cubiertos que están sujetos al Deducible del Plan. El Deducible del Plan corresponde al año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*).

Cuando el Copago o Coseguro de un servicio concreto está sujeto al Deducible del Plan, debe pagar Cargos por esos servicios hasta que alcance el deducible. Consulte la *EOC* para obtener más información acerca de qué servicios están sujetos al Deducible del Plan y encontrar una explicación sobre cómo funciona el deducible.

Consulte en la *Parte Uno del Formulario de Revelación* si su cobertura está sujeta a un monto de Deducible del Plan y cuál es el monto. Consulte la *EOC* para obtener más información sobre los Deducibles del Plan.

## **Gasto Máximo de Bolsillo del Plan**

El “Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” es el monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Periodo de Acumulación por los Beneficios Cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para conocer el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. El Periodo de Acumulación es el año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Consulte en la *EOC* la información sobre qué servicios corresponden al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

## **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 de Bolsillo en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros. Le proporcionaremos información sobre el saldo acumulado 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](http://kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros.

## **Pago de Primas**

Su grupo es responsable del pago de las Primas, excepto que usted sea responsable de pagar las Primas si tiene cobertura de Cal-COBRA. Si es responsable de alguna contribución a las Primas que pague su grupo, dicho grupo le informará el monto, la entrada en vigencia de las Primas y cómo pagarle al grupo (por ejemplo, a través de deducciones en la nómina).

## **Responsabilidad financiera**

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de ninguna cantidad que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que deba pagar el costo de los servicios no cubiertos que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores Fuera del Plan. Si cancelamos un contrato con un Proveedor del Plan mientras usted está bajo su cuidado, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Beneficios Cubiertos que reciba de ese proveedor mientras establecemos los acuerdos necesarios para que otro Proveedor del Plan le brinde los servicios; le notificaremos dichos acuerdos. En algunos casos, puede ser elegible para recibir servicios de un proveedor con quien se haya cancelado el contrato de acuerdo con las leyes correspondientes.

Consulte “Cumplimiento de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan” en la sección de “Avisos Varios” para obtener más información.

## Reembolso de Servicios Recibidos de un Proveedor Fuera del Plan

Si recibe Atención y Servicios de Emergencia, Atención Posterior a la Estabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor Fuera del Plan o si recibe servicios de ambulancia para emergencias, no es responsable de ningún monto aparte de su Costo Compartido. Aplicaremos el Costo Compartido para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

Para presentar un reclamo, debe hacer lo siguiente:

- Debe obtener un formulario de reclamo lo antes posible. Para eso puede hacer lo siguiente:
  - ♦ Llamar sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**);
  - ♦ visitar nuestro sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol);
  - ♦ solicitar ayuda para llenar un formulario de reclamo a uno de nuestros representantes, que con gusto le atenderá.
- Si ya pagó los servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo lleno para obtener el reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor Fuera del Plan.
- Para solicitar que se paguen los servicios a un Proveedor Fuera del Plan, debe enviarnos el formulario de reclamo lleno e incluir las facturas del Proveedor Fuera del Plan. Si el Proveedor Fuera del Plan indica que presentará un reclamo, usted es responsable de asegurarse de que recibamos todo lo necesario para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor Fuera del Plan por Beneficios Cubiertos que no sean el monto de Costo Compartido, llame sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** para obtener ayuda.
- Debe llenar y enviarnos toda información que solicitemos para procesar el reclamo, por ejemplo, formularios de reclamo, consentimientos de revelación de historias clínicas, cesiones y reclamos de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentación, como documentos de viaje o una verificación de su viaje o itinerario.

Consulte la *EOC* para obtener otras instrucciones, información sobre cobertura, exclusiones, limitaciones y resolución de disputas de los reclamos denegados.

## Cancelación de Beneficios

Su grupo debe informar al Suscriptor la fecha en que se cancele su membresía, excepto que se indique lo contrario. Todos los servicios que reciba después de que se cancele la membresía se facturarán con la tarifa para no Miembros.

La membresía se suspenderá para usted (el Suscriptor) y sus Dependientes si ocurre lo siguiente:

- Se cancela el contrato entre su grupo y Kaiser Permanente por algún motivo.
- Usted ya no puede recibir cobertura de grupo.
- Usted intencionalmente comete un fraude en relación con su membresía, con el Plan de Salud o con un Proveedor del Plan (si comete un fraude intencionalmente, podremos cancelar su membresía mediante un aviso por escrito al Suscriptor; la cobertura se cancelará en 30 días a partir de la fecha en la que enviemos el aviso). Si cancelamos su membresía con causa, no podrá inscribirse en un Plan de Salud en el futuro. También podemos informar a las autoridades cualquier fraude o delito para que se tomen las medidas correspondientes.

- Su grupo no paga las Primas para su Familia (o su Familia no paga las Primas de la cobertura de Cal-COBRA para su Familia).

Consulte la *EOC* para obtener más información.

## Continuidad de la Membresía

### Continuidad de la cobertura de grupo

Podría continuar su cobertura de grupo durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exige la ley, según COBRA o Cal-COBRA. Consulte la *EOC* para obtener más información.

Si, en cualquier momento, cumple los requisitos para continuar su cobertura de grupo, como Cal-COBRA, evalúe detenidamente sus opciones de cobertura antes de denegar esta cobertura. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*, ACA) se le ofrece la cobertura de un plan individual sin revisión médica. Sin embargo, las primas y la cobertura de un plan individual serán distintas a las primas y la cobertura de su plan de grupo.

Si le convocan al servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar recibiendo cobertura durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo requiere la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados (*Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act*, USERRA). Comuníquese con su grupo si quiere saber cómo elegir la cobertura de USERRA y cuánto tendrá que pagarle al grupo.

### Plan individual

Si quiere seguir siendo miembro del Plan de Salud una vez que finalice su cobertura de grupo, puede inscribirse en uno de nuestros planes para individuos y familias. Las primas y la cobertura de nuestros planes individuales son diferentes de las que se ofrecen en la cobertura de grupo.

Si quiere que la cobertura de su plan individual tenga vigencia cuando finalice la cobertura de grupo, deberá presentar su solicitud dentro del periodo de inscripción especial para inscribirse en un plan individual a causa de la pérdida de otra cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta anual.

Si quiere obtener una solicitud para inscribirse directamente con nosotros, visite [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros. Para obtener información sobre los planes disponibles a través de Covered California, visite [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) o llame a Covered California al **1-800-300-1506** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

## Cómo Obtener Ayuda

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Ellos están para brindarle la ayuda que necesita y responder cualquier pregunta que pueda tener.

## **Servicio a los Miembros**

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden responder cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios, los servicios disponibles y los centros de atención donde puede recibir cuidados. Por ejemplo, le pueden explicar lo siguiente:

- los beneficios de su Plan de Salud;
- cómo hacer su primera cita médica;
- qué hacer si se muda;
- cómo reemplazar su tarjeta de identificación.

Puede comunicarse con Servicio a los Miembros de las siguientes maneras:

**Por llamada telefónica** **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación)

**1-800-788-0616** (español)

**1-800-757-7585** (dialectos chinos)

Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

**En persona**

Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para saber las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

**Por correo**

A la oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para saber las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

**Por el sitio web**

[kp.org/espanol](http://kp.org/espanol)

## **Resolución de Disputas y Arbitraje Vinculante**

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden ayudarle con los problemas no resueltos en nuestros Centros de Atención del Plan o por teléfono al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Además, pueden ayudarle a presentar una queja formal verbalmente o por escrito. También puede presentar una queja formal por medios electrónicos en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol). Las quejas formales deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del incidente.

Una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR) se encuentra disponible si considera que hemos denegado, cambiado o demorado incorrectamente servicios o el pago de servicios y que (1) nuestra denegación se basó en un hallazgo de que los servicios no eran Médicamente Necesarios o (2) en el caso de condiciones Potencialmente Mortales o Gravemente Debilitantes, el tratamiento solicitado se denegó por considerárselo experimental o en fase de investigación. Además, si presenta una queja formal y, posteriormente, necesita ayuda al respecto porque se trata de una emergencia, no le satisface su resolución o no se resolvió al cabo de 30 días, puede pedir ayuda al Departamento de Atención Administrada de la Salud de California por teléfono a la línea sin costo **1-888-466-2219** o a la línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con trastornos del habla o auditivos.

Con excepción de los casos que se tratan en los Tribunales de Demandas de Menor Cuantía y reclamos que no puedan someterse a arbitraje vinculante según las leyes que los rijan, cualquier disputa entre los Miembros, sus herederos o partes asociadas (por un lado) y el Plan de Salud, sus Proveedores de Atención Médica o partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier obligación que surja o que esté relacionada con su membresía del Plan de Salud debe decidirse a través de un arbitraje vinculante. Esto incluye los reclamos por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indica que los servicios o artículos médicos eran innecesarios o no estaban autorizados, o bien que se proporcionaron de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones o relacionados con la cobertura o el suministro de servicios o artículos, independientemente de las teorías jurídicas.

Ambas partes renuncian a todos sus derechos a un juicio ante un jurado o ante un tribunal, y ambas partes son responsables de determinados costos asociados con el arbitraje obligatorio.

Este es un resumen de las opciones de resolución de disputas. Consulte la *EOC* para obtener más información, incluida la disposición completa sobre arbitraje.

## Disposiciones de Renovación

Su grupo es responsable de informarle cuando se cambie o cancele su contrato con Kaiser Permanente. En general, el contrato cambia cada año, o antes, si así lo exige la ley.

## Principales Exclusiones, Limitaciones y Reducciones de Beneficios

### Exclusiones

A continuación, se presentan las principales exclusiones de la cobertura. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa, incluidos los detalles y las excepciones a las exclusiones. Estas exclusiones o limitaciones no corresponden a los servicios Médicamente Necesarios para tratar las condiciones de salud mental o los trastornos por consumo de sustancias incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico mencionadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o en la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

#### **Servicios de acupuntura**

Este plan no cubre los servicios de acupuntura, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Visitas al Consultorio” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley, a menos que tenga cobertura para servicios complementarios de acupuntura según se describa en una enmienda a la *EOC*.

#### **Servicios quiroprácticos**

Este plan no cubre los servicios quiroprácticos, excepto si lo exige la ley, a menos que tenga cobertura para servicios quiroprácticos complementarios según se describa en una enmienda a la *EOC*.

#### **Ensayos clínicos**

Este plan no cubre los ensayos clínicos, excepto por los Ensayos Clínicos Aprobados según se describe en la *EOC* en el título “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

La Cobertura de los Ensayos Clínicos Aprobados no incluye los siguientes:

- el servicio, artículo o medicamento en fase de investigación;
- los servicios, dispositivos, artículos y medicamentos que se proporcionan exclusivamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis que no se usan directamente para el tratamiento clínico del Miembro;
- medicamentos, artículos, dispositivos y servicios específicamente excluidos de la cobertura en la *EOC*, a excepción de aquellos que deban cubrirse conforme a las leyes estatales y federales;
- los servicios, dispositivos, artículos y medicamentos que el patrocinador de la investigación habitualmente le brinda sin costo a un participante de un ensayo clínico;

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un Miembro al proceso de revisión independiente de Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación, según se describe en la *EOC*, en el título “Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación” en la sección “Exclusión”, ni al proceso de Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC), según se describe en la *EOC* en el título “Revisión Médica Independiente (IMR)” en la sección “Resolución de Disputas”.

## **Servicios estéticos**

Este plan no cubre servicios, suministros ni cirugías estéticos que retrasen o reviertan los efectos del envejecimiento ni que alteren o remodelen las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia en lugar de la función, excepto si lo exige la ley.

Este plan no cubre ningún servicio, suministro ni cirugía para promover el crecimiento del cabello o para prevenir o tratar de algún modo su caída, excepto si lo exige la ley.

Esta exclusión en servicios estéticos no se aplica a los siguientes:

- tratamiento Médicamente Necesario de complicaciones a causa de la cirugía estética, como infecciones o hemorragias, según se describe en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*;
- cirugía reconstructiva, según se describe en la *EOC*, en el título “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*;
- en el caso de la disforia de género, la cirugía reconstructiva de las características sexuales principales y secundarias para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida en que sea posible, correspondientes al género con el que un Miembro se identifique, de acuerdo con el estándar de atención que siguen los médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar las cuestiones clínicas específicas relacionadas con la atención solicitada, según se describe en la *EOC*, en el título “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*;
- implantes testiculares colocados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias tras la extirpación total o parcial de un seno y prótesis para sustituir total o parcialmente una parte externa del rostro, según se describe en la *EOC*, en el título “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*.

## **Atención de custodia o domiciliaria**

Este plan no cubre la atención de custodia, que implica la asistencia con actividades de la vida diaria que incluye, entre otros, ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar y administrar dietas especiales, y supervisar medicamentos que generalmente se toman por cuenta propia. Tampoco se cubre la atención domiciliaria, que implica una vivienda supervisada en un entorno similar a un hogar para personas adultas que no pueden vivir solas debido a disfunciones relacionadas con la edad o incapacidades físicas, mentales o visuales, excepto si lo exige la ley.

Esta exclusión no se aplica en los siguientes casos:

- Asistencia con las actividades de la vida diaria que requieren los servicios habituales de profesionales médicos o de salud capacitados o que habitualmente prestan estos profesionales (consulte “Cuidados Paliativos” y “Atención Médica a Domicilio” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*).
- Asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de los cuidados paliativos, la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención para pacientes hospitalizados (consulte “Cuidados Paliativos”, “Atención Médica a Domicilio”, “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Salud Mental” y “Tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*).

## **Servicios dentales**

Este plan no cubre servicios ni suministros de atención dental, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios Dentales y de Ortodoncia” y “Lesiones de los Dientes” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

## **Suplementos nutricionales o alimenticios**

Este plan no cubre los siguientes suplementos nutricionales o alimenticios, excepto según se describe en los títulos “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” o “Servicios Preventivos” de la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

### **Suministros desechables para uso en el hogar**

Este plan no cubre suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, apósitos, pañales y suministros para la incontinencia, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Suministros para Ostomía y Urología” y “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*, o si lo exige la ley.

### **Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación**

Este plan no cubre Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación, excepto según se describe a continuación o si lo exige la ley.

Los “Servicios Experimentales” son medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que están en fase de prueba mediante estudios de laboratorio o en animales antes de que se prueben en humanos. Los Servicios Experimentales no están en la fase de investigación clínica.

Los “Servicios en Fase de Investigación” son los medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los que ya se completó la fase de estudios de laboratorio o en animales, por lo que se encuentran en la fase de estudios en seres humanos, pero:

- Las pruebas no se completaron.
- La eficacia y la seguridad de dichos servicios en seres humanos todavía no se ha establecido.
- El uso del servicio todavía es limitado.

Para determinar si un Servicio es Experimental o de Investigación se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:

- regulaciones federales apropiadas, como las del Título 42, Capítulo 4 (Administración financiera de la atención médica) y el Título 21, Capítulo 1 (Administración de alimentos y medicamentos) del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations);
- consultas con organizaciones de proveedores, especialistas profesionales y académicos que son pertinentes para el servicio específico;
- publicaciones médicas actuales.

Sin embargo, si el plan de salud niega o retrasa la cobertura para el servicio solicitado con base en que es un Servicio Experimental o de Investigación y usted cumple con todos los requisitos que se indican a continuación, el plan de salud debe proporcionar una revisión externa independiente.

### **Requisitos**

- Debe tener una enfermedad gravemente debilitante o potencialmente mortal.
- Su Proveedor de Atención Médica debe certificar que usted tiene una enfermedad gravemente debilitante o potencialmente mortal, y que los tratamientos convencionales no han sido efectivos para mejorarla, o son médicamente inadecuados por otro motivo, o el plan de salud no cubre otro tratamiento convencional que sea más beneficioso.
- Cualquiera de las siguientes opciones: (a) su Proveedor de Atención Médica, que tiene un contrato con el plan de salud o es un empleado de este, le recomendó un medicamento, dispositivo, procedimiento u otro tratamiento y certificó por escrito que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro tratamiento convencional disponible, o (b) usted o su Proveedor de Atención Médica, que cuenta con licencia y certificación de la asociación médica o reúne los requisitos de esta asociación y está calificado en el ejercicio de la medicina que trata este tipo de enfermedad, solicitó un tratamiento que, de acuerdo con dos documentos de evidencia médica y científica, probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro tratamiento convencional disponible.
- El plan de salud le negó la cobertura del servicio solicitado o recomendado.
- Determinar si el servicio solicitado o recomendado es un Servicio Experimental o de Investigación que estará cubierto no es responsabilidad del plan de salud.

### **Proceso de revisión independiente y externa**

Si el plan de salud le niega la cobertura del tratamiento solicitado o recomendado y usted cumple con todos los requisitos, el plan de salud le notificará su decisión dentro de los cinco días hábiles y también le informará que tiene la opción de solicitar una revisión externa de dicha decisión. Si su Proveedor de Atención Médica determina que el servicio propuesto sería significativamente menos efectivo si no se iniciara de inmediato, es posible que usted pueda solicitar una revisión acelerada, y los expertos del panel de revisión externa le informarán su decisión dentro de los siete días a partir de su solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el plan de salud cubra el servicio solicitado o recomendado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y las condiciones que generalmente se aplican a otros beneficios a los que tiene derecho.

### **Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC**

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un Miembro a obtener una IMR del DMHC, según se describe en la *EOC* en la sección “Resolución de Disputas”. En ciertos casos, usted no tiene que participar en el proceso de quejas formales o apelaciones de su plan de salud antes de solicitar una IMR de las denegaciones de Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación. En dichos casos, puede comunicarse de inmediato con el DMHC para solicitar una IMR de esa denegación, según se describe en la *EOC* en la sección “Resolución de Disputas”.

### **Audífonos**

Este plan no cubre audífonos, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Servicios para la Audición” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

### **Proveedores que no tienen licencia o certificación**

Este plan no cubre tratamientos o servicios prestados por un proveedor que no tiene licencia o certificación, excepto los servicios de doula según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Salud Reproductiva” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

Esta exclusión tampoco se aplica al tratamiento Médicamente Necesario para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias que ofrece, presta, o dirige un Proveedor de Atención Médica que actúa dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación del proveedor según la ley estatal correspondiente.

### **Artículos personales o de comodidad**

Este plan no cubre los artículos personales o de comodidad, como internet, teléfonos, artículos de higiene personal, servicios de entrega de comida o servicios de asistencia con los cuidados personales, excepto si lo exige la ley.

### **Medicamentos recetados / Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios**

Este plan no cubre los siguientes Medicamentos Recetados, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” o “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley:

- Cuando se recetan servicios estéticos. En el contexto de esta exclusión, “servicios estéticos” significa medicamentos recetados exclusivamente para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia en vez de la funcionalidad.
- Cuando se recetan exclusivamente para tratar la pérdida del cabello, la disfunción sexual, el desempeño atlético y mental, con fines estéticos o para prevenir el envejecimiento. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos para el desempeño mental cuando son Médicamente Necesarios para tratar enfermedades o condiciones mentales diagnosticadas que afectan la memoria, incluido, entre otros, el tratamiento de las condiciones o síntomas de la demencia o la enfermedad de Alzheimer.
- Cuando se recetan exclusivamente para bajar de peso, excepto cuando son Médicamente Necesarios para tratar la obesidad mórbida o de clase III. Podemos exigir a los miembros a los que se receten medicamentos para la obesidad mórbida o de clase III que se inscriban en un programa integral de pérdida de peso cubierto durante un periodo razonable antes de recibir el medicamento recetado o simultáneamente a la recepción de este.

- Cuando se recetan exclusivamente para acortar la duración de un resfriado común.
- Medicamentos Recetados que son de venta libre o para los que hay un equivalente de venta libre (el mismo ingrediente activo, fuerza y dosis que el Medicamento Recetado). Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:
  - ♦ Insulina.
  - ♦ Medicamentos de venta libre que están cubiertos dentro de los servicios preventivos, como medicamentos anticonceptivos de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
  - ♦ Medicamentos de venta libre que se usan para revertir una sobredosis de opioides.
  - ♦ Una categoría completa de Medicamentos Recetados cuando uno de los medicamentos dentro de esa categoría se aprueba para venta libre.
- Reemplazo de medicamentos robados o perdidos.
- Medicamentos recetados por proveedores no contratados para procedimientos no cubiertos que no están autorizados por el plan de salud o un Proveedor del Plan, salvo que la cobertura se requiera de alguna otra manera en el contexto de Atención y Servicios de Emergencia.

### **Servicios de enfermería privada**

Este plan no cubre los servicios de enfermería privada en el hogar, el hospital u otros centros de atención a largo plazo, a menos que lo exija la ley.

### **Reversión de la esterilización voluntaria**

Este plan no cubre la reversión de la esterilización voluntaria, excepto por el tratamiento Medicamento Necesario de complicaciones médicas, como se describe en la sección “Beneficios Cubiertos”, a menos que lo exija la ley.

### **Examen físico de rutina**

Este plan no cubre los exámenes físicos que se realizan únicamente para viajes, seguros, certificaciones, empleos, escuela, campamentos, exámenes ordenados por un tribunal u otros fines no preventivos, a menos que lo exija la ley.

### **Embarazo por maternidad subrogada**

Este plan no cubre las pruebas, los servicios o los suministros para una persona que no está cubierta según la EOC en el caso de un embarazo por maternidad subrogada, a menos que lo exija la ley.

### **Terapias**

Este plan no cubre las siguientes terapias físicas y ocupacionales, excepto según se describe en la EOC en el título “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley:

- Terapia de masaje, a menos que sea parte de un plan de tratamiento.
- Terapia o capacitación para el tratamiento de discapacidades del aprendizaje o problemas del comportamiento.
- Terapia o capacitación en habilidades sociales.
- Terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, de baile, música o lectura.

### **Traslado y alojamiento**

Este plan no cubre transporte, millaje, alojamiento, comidas ni otros gastos de viaje del Miembro, excepto por el transporte médico de emergencia o en ambulancia certificado según se describe en la EOC en el título “Servicios de Ambulancia y transporte médico que no es de emergencia (NEMT)” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o según se describe en el título “Viajes y Alojamiento para Determinados Servicios” en la sección “Cómo Obtener Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

### **Cuidado de la vista**

Este plan no cubre los servicios de la vista, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios de la Vista para Miembros Adultos” y “Servicios de la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

### **Programas de control de peso y programas de ejercicio**

Este plan no cubre los programas de control de peso ni los programas de ejercicio, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Educación para la Salud” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

### **Reducciones**

Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que obtuvo Beneficios Cubiertos, deberá reembolsarnos hasta el monto máximo permitido según la Sección 3040 del Código Civil de California. Nota: Esta sección “Reducciones” no afecta su obligación de pagar el Costo Compartido por estos servicios. Como opción, podemos presentar un reclamo por subrogación en nuestro nombre contra la otra parte.

Consulte la *EOC* para obtener más información y conocer las otras reducciones (por ejemplo, Acuerdo de Reproducción Asistida y compensación del trabajador).

## **Cómo Convertirse en Miembro**

Ansiamos darle la bienvenida como Miembro de Kaiser Permanente.

Si reúne los requisitos para inscribirse, solo debe llenar la solicitud de inscripción y enviarla a su grupo. Recuerde pedirle a su grupo el número de grupo (comprador) y la fecha en que entra en vigencia la cobertura.

Puede empezar a usar nuestros servicios a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Le recordamos que si tiene preguntas sobre Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o consulte la *EOC* para obtener más detalles sobre los requisitos de elegibilidad.

### **Personas que tienen prohibido inscribirse**

No puede inscribirse si perdió su derecho a recibir los servicios a través del Plan de Salud por una causa justificada.

## **Avisos Varios**

### **Cumplimiento de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan**

#### **Nuevos Miembros**

Si recibe actualmente servicios de un Proveedor Fuera del Plan, de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección “Elegibilidad”, y otro plan de salud le cubría los servicios del proveedor cuando empezó a recibirlos, pero esta cobertura de su plan anterior ha finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura, es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los Servicios del Proveedor Fuera del Plan.

#### **Proveedor cancelado**

Si actualmente recibe Beneficios Cubiertos de un Hospital o un Médico del Plan (o de ciertos otros proveedores) de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección “Elegibilidad” y finaliza nuestro contrato con ese proveedor (por otros motivos que no sean una causa disciplinaria médica o actividad delictiva), es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los servicios del proveedor cancelado.

## Elegibilidad

Los siguientes casos están sujetos a esta disposición de cumplimiento de los servicios:

- Condiciones agudas, es decir, condiciones médicas en las que los síntomas aparecen repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieran atención médica sin demora y que tengan una duración limitada. Es posible que cubramos estos servicios hasta que la condición aguda desaparezca.
- Condiciones crónicas graves. Es posible que cubramos estos servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado o (3) el primer día después de completar un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente, tras consultarle al Miembro de Kaiser Permanente y al Proveedor que No Pertenecen al Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las “condiciones crónicas graves” son enfermedades u otras condiciones médicas graves para las cuales una de las siguientes afirmaciones es verdadera:
  - ♦ persisten y nunca se curan totalmente;
  - ♦ empeoran con el tiempo;
  - ♦ requieren de tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren.
- Embarazo y atención inmediata posparto. Es posible que cubramos estos servicios durante el embarazo y la atención inmediata posparto.
- Condiciones de salud mental que puedan influir en las personas embarazadas que sean Miembro, o que se presenten durante el embarazo o el periodo de posparto incluida, entre otras, la depresión posparto. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos servicios hasta 12 meses desde la fecha en que se emitió el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, la fecha que sea posterior.
- Enfermedades terminales, es decir, enfermedades incurables o irreversibles con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos servicios durante la enfermedad.
- Atención de niños menores de 3 años. Podemos cubrir el cumplimiento de estos servicios hasta que se cumpla la primera de las siguientes condiciones: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura del niño, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño.
- Cirugía u otro procedimiento que se documente como parte de un ciclo de tratamiento y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se realice en un plazo de 180 días de la fecha de entrada en vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo o en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado.

A fin de poder recibir cobertura para estos servicios, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- Su cobertura del Plan de Salud debe estar vigente en la fecha en que recibe los servicios.
- En el caso de Miembros nuevos, la cobertura de su plan anterior para los servicios del proveedor debe haber finalizado o finalizar cuando entre en vigencia nuestra cobertura.
- Debe recibir servicios conforme a uno de los casos antes mencionados de parte de un Proveedor Fuera del Plan en la fecha de entrada en vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo, o de parte de un Proveedor del Plan cancelado en la fecha de finalización de su contrato.
- En el caso de Miembros nuevos, cuando usted se inscribió en el Plan de Salud, no debe haber tenido la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro plan (incluida alguna opción fuera de la red) que hubiera cubierto los servicios de su Proveedor que No Pertenecen al Plan.
- El proveedor debe haber aceptado nuestros términos y condiciones estándar de contrato, tales como las condiciones relacionadas con el pago y la prestación de servicios dentro de su Área de Servicio (el requisito de que el proveedor acepte prestar servicios dentro de su Área de Servicio no corresponde si estuvo recibiendo servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio en el momento de finalizar el contrato del proveedor).

- Los servicios que se le prestarán deberían ser Beneficios Cubiertos conforme a la *EOC* si los brindase un Proveedor del Plan.
- Solicita el cumplimiento de servicios de acuerdo con la política “Cumplimiento de Servicios Cubiertos” disponible en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

Su Costo Compartido por el cumplimiento de servicios es el Costo Compartido que se requiere para los servicios que preste un Proveedor del Plan, según se describe en la *EOC*. **Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar los servicios o una copia de nuestra política sobre “Cumplimiento de Servicios Cubiertos”, llame a Servicio a los Miembros.**

### **Lista de medicamentos disponibles**

La lista de medicamentos disponibles incluye los Medicamentos Recetados que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica aprobó para los Miembros en su Área de Servicio. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está compuesto principalmente por Médicos y farmacéuticos del Plan, selecciona los Medicamentos Recetados para la lista de medicamentos disponibles según varios factores, entre ellos, la seguridad y la eficacia determinadas a partir de una revisión de la bibliografía médica. La lista de medicamentos disponibles se actualiza mensualmente cuando hay nueva información o nuevos Medicamentos Recetados disponibles. Para saber qué Medicamentos Recetados se encuentran en la lista de medicamentos disponibles de su plan, visite nuestro sitio web [kp.org/formulary](http://kp.org/formulary) (haga clic en “Español”). Si quiere recibir una copia de la lista de medicamentos disponibles de su plan, llame a Servicio a los Miembros. Nota: La inclusión de un Medicamento Recetado en la lista de medicamentos disponibles no significa necesariamente que se vaya a recetar para una condición médica en particular.

Las pautas de la lista de medicamentos cubiertos le permiten obtener Medicamentos Recetados no incluidos en la lista (aquellos que no figuran en la lista de medicamentos disponibles para su condición) si, en otras circunstancias, su plan los cubriría y si fuesen Medicamento Necesarios. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan con respecto a que no se cubra un Medicamento Recetado no incluido en la lista, puede presentar una queja formal según se describe en la *EOC*.

Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para saber si tiene cobertura de Medicamentos Recetados.

### **Derechos y Responsabilidades de los Miembros**

**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, 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 Consumo 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. Consulte a su Grupo si los Dependientes son elegibles para inscribirse conforme a su plan.
- 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 Proveedor 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 su historia médica y agregar sus propias notas. Puede solicitar a su médico o a su plan de salud que modifiquen la información sobre usted en su historia médica 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.
- 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 disminuida.

- 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 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 Medicamente 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, mantener 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.

**Normas de privacidad**

Kaiser Permanente resguarda la privacidad de la información médica protegida de sus Miembros y exige a los proveedores contratistas que hagan lo mismo. Su información médica protegida son datos (orales, escritos o electrónicos) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o el pago de su atención médica, a través de los cuales se le puede identificar. Por lo general, puede ver y recibir copias de su información médica protegida, así como también corregirla o actualizarla, y pedimos que expliquemos la revelación de ciertos datos incluidos en ella.

Puede pedir que las comunicaciones confidenciales se envíen a otro lugar que no sea su dirección habitual o por otro medio de entrega que no sea el habitual. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, complete el formulario correspondiente disponible en [kp.org/espanol](http://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 alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Es posible que usemos o revelemos su información médica protegida para fines de tratamiento, investigación médica, pagos y operaciones relacionadas con la atención médica, como la medición de la calidad de los servicios. A veces, la ley exige que suministremos información médica protegida a terceros, por ejemplo, a agencias gubernamentales. Además, podemos compartir su información médica protegida con sus empleadores solo con su autorización o en los casos en que la ley así lo permita.

No usaremos ni revelaremos su información médica protegida para ningún otro fin sin su autorización por escrito (o la de su representante), salvo según se describe en el *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* (consulte más adelante). La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un resumen de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE PROPORCIONA MÁS INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. Para solicitar una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000**. También puede encontrar el aviso en su Centro de Atención del Plan local o en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

### **Nota especial sobre Medicare**

La información que se incluye en este folleto no corresponde a la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Consulte a su grupo para determinar la revelación previa a la inscripción que le corresponda si es elegible para inscribirse en Medicare y para saber si puede inscribirse en Kaiser Permanent Senior Advantage.

### **Servicios de preservación de la fertilidad para infertilidad iatrogénica**

**Tiene derecho a recibir servicios de preservación de la fertilidad convencionales para la infertilidad iatrogénica cuando cumpla con los requisitos de la Sección 1300.74.551 del Título 28 del Código de Regulaciones de California. “Infertilidad iatrogénica” significa infertilidad causada de forma directa o indirecta por cirugía, quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico. Si el Plan de Salud no puede coordinar esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red de su plan de salud, deberá cubrir y coordinar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar más que el costo compartido habitual dentro de la red.**

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de los 10 días hábiles para atención primaria y dentro de los 15 días hábiles para atención especializada desde el momento en que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no necesita autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si se necesita autorización previa).

Si Kaiser Permanente no consigue coordinar los servicios en estos plazos y dentro de las condiciones de acceso geográfico, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor certificado, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Si tiene una cobertura de la organización de proveedores preferidos (PPO) y su plan de salud puede gestionarle esos servicios dentro de los plazos y las condiciones de acceso geográfico, el uso voluntario de los beneficios fuera de la red puede generarle cargos fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de preservación de fertilidad estándar para la infertilidad iatrogénica o tiene dificultades para obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California, al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud California a través de su sitio web [www.DMHC.ca.gov](http://www.DMHC.ca.gov) y solicitar ayuda a fin de obtener servicios de preservación de la fertilidad estándar para infertilidad iatrogénica.

## Definiciones

**Periodo de Acumulación:** un periodo de 12 meses consecutivos o menos para acumular montos de los deducibles (si corresponde), los gastos máximos de bolsillo y los límites de beneficios. Por ejemplo, el Periodo de Acumulación podría ser un año calendario o un año de contrato. Las fechas del Periodo de Acumulación se especifican en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*.

**Instrucciones Médicas Anticipadas:** un documento legal que informa a su médico, familia y amigos sobre la atención médica que desea recibir si ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Se explican los tipos de tratamiento especial que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el Plan o con la Oficina del Fiscal General de California.

**Asignación:** un monto específico que se le acredita a usted para comprar un artículo. Si el precio de los artículos que selecciona supera la Asignación, deberá pagar la diferencia (que no se aplicará a ningún deducible ni gasto máximo de bolsillo).

**Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado:** un Proveedor de Atención Médica que actúa en su ámbito de práctica profesional y que tiene trayectoria clínica, incluidas capacitación y experiencia, relacionada con la enfermedad, afección o condición particular respecto a la que se solicita una segunda opinión.

**Ensayo Clínico Aprobado:** un ensayo clínico de fase I, II, III o IV relacionado con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición Potencialmente Mortal y que cumple al menos uno de los siguientes requisitos:

- El estudio o la investigación cuenta con aprobación o financiación, que puede incluir donaciones en especie, de al menos uno de los siguientes:
  - ♦ Los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health).

- ◆ Los Centros federales para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
- ◆ La Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality).
- ◆ Los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services).
- ◆ Un grupo o centro colaborador de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros federales para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid, o del Departamento de Defensa (Department of Defense) o del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) de los Estados Unidos.
- ◆ Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
- ◆ Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados mediante un sistema de revisión de pares, y el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos determina que es compatible con el sistema de revisión entre pares de los Institutos Nacionales de Salud y garantiza una revisión objetiva de los estándares científicos más elevados por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión:
  - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
  - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
  - El Departamento de Energía (Department of Energy) de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- El estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que no se somete a la revisión de la solicitud de nuevo medicamento en investigación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

**Acuerdo de Reproducción Asistida:** un acuerdo por escrito de conformidad con la sección 7962 del Código de Familia de California entre una persona (Progenitor Comitente) que desea ser el padre o la madre legal de un niño nacido mediante reproducción asistida y un tercero. El acuerdo define los términos del vínculo entre las partes. A los fines de esta EOC, “Acuerdo de Reproducción Asistida” incluye, pero no se limita a, lo siguiente: acuerdos de donación, acuerdos de maternidad subrogada y acuerdos de Gestación Subrogada.

**Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista:** servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis del comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencia, que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el desenvolvimiento de una persona con trastorno del espectro autista (o tratan condiciones de salud mental distintas del trastorno del espectro autista cuando este tratamiento está clínicamente indicado) y que cumplen con los siguientes criterios:

- Un Médico del Plan receta el tratamiento o un Proveedor del Plan que es psicólogo lo desarrolla.
- Un Proveedor del Plan que es un proveedor calificado de servicios para tratar el autismo, un profesional calificado de servicios para tratar el autismo o un paraprofesional calificado de servicios para tratar el autismo, según se define en las secciones 4999.200-4999.202 del Código de Negocios y Profesiones de California es la persona encargada de administrar el tratamiento.

**Cargos:** “Cargos” significa lo siguiente:

- En el caso de servicios que preste el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los Miembros.
- En el caso de los servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos del programa que Kaiser Permanente negocia con el proveedor capitado.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administre y posea, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de prestar los servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los Miembros y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).

- En el caso de los servicios de ambulancia aérea recibidos de Proveedores Fuera del Plan cuando usted tenga una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, el monto que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley federal.
- En el caso de otra Atención y Servicios de Emergencia recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluida la Atención Posterior a la Estabilización que constituye la Atención y los Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal.
- En el caso de todos los demás servicios recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluidos los servicios posteriores a la estabilización que no son Atención y Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto (1) que se debe pagar de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal, o (2) en el caso de que no se aplique ninguna ley estatal o federal que prohíba la facturación del saldo, entonces el monto acordado por el Proveedor Fuera del Plan y el Plan de Salud, o en ausencia de dicho acuerdo, la tarifa habitual, acostumbrada y razonable para esos servicios según lo determine el Plan de Salud con base en criterios objetivos.
- En el caso de todos los demás servicios, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta su Costo Compartido del pago, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado el Costo Compartido.

**Coseguro:** un porcentaje de los Cargos que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto. En la *Parte Uno del Formulario de Revelación*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

**Copago:** un monto específico de dinero que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto. Nota: El monto en dólares del Copago puede ser \$0 (sin cargo). En la *Parte Uno del Formulario de Revelación*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

**Costo Compartido:** el monto que usted debe pagar por los Beneficios cubiertos. Por ejemplo, su Costo Compartido podría ser un Copago o Coseguro. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan y usted recibe servicios que están sujetos al Deducible del Plan, su Costo Compartido para esos servicios se considerará un Cargo hasta que alcance el Deducible del Plan. De igual manera, si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos y usted recibe servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos, su Costo Compartido para esos servicios se considerará un Cargo hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

**Beneficios Cubiertos:** los servicios y suministros Medicamente Necesarios que tiene derecho a recibir según el acuerdo del grupo y que se describen en esta *EOC* o en la ley de planes de salud de California.

**Dependiente:** un Miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como Dependiente según se describe en la *EOC*.

**Deducible de Medicamentos:** el monto que debe pagar según la *EOC* en el Periodo de Acumulación para determinados artículos cubiertos en “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*, antes de que le brindemos cobertura por esos servicios con el Copago o el Coseguro correspondientes en ese Periodo de Acumulación. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para saber si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, qué servicios están sujetos al Deducible de Medicamentos y cuál es el monto.

**Condición Médica de Emergencia:** una condición médica que se manifiesta por sí misma con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) tales que se esperaría razonablemente que sucediera cualquiera de los siguientes si no se brindara atención médica inmediata:

- Pondría la salud del paciente en riesgo grave.
- Provocaría una deficiencia grave de las funciones del organismo.
- Causaría la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Atención y Servicios de Emergencia:** cualquiera de los siguientes:

- 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.

**EOC:** el documento de *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage)*, incluidas las enmiendas, en el que se describe la cobertura de atención médica según el *Acuerdo* del Plan de Salud con su grupo.

**Evidencia de Cobertura:** cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de autorización que se emite para un Miembro y expone la cobertura a la que este tiene derecho.

**Servicios Experimentales:** medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se están evaluando en estudios de laboratorio o en animales antes de que los prueben los seres humanos. Los Servicios Experimentales no están en proceso de investigación clínica.

**Familia:** un Suscriptor y todos sus Dependientes.

**Proveedor de Atención Médica:** cualquier persona profesional, grupo médico, asociación de médicos independientes, organización, centro de atención médica u otra persona o institución con certificación o autorización del estado para ofrecer o prestar servicios de atención médica.

**Plan de Salud:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una corporación sin fines de lucro de California. El Plan de Salud es un plan de servicios de atención médica con certificación del Departamento de Atención Administrada de la Salud para ofrecer cobertura de atención médica.

**Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (*Health Savings Account, HSA*):** fondo fiduciario o cuenta de custodia libre de impuestos que se establece según la Sección 223 (d) del Código de Impuestos Internos con el fin exclusivo de pagar gastos médicos autorizados. Las contribuciones que una persona elegible pueda realizar a la Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos son deducibles de impuestos según las leyes federales de impuestos, independientemente de que la persona desglose las deducciones. Para que pueda contribuir a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos, debe tener cobertura de un Plan de Salud con Deducible Alto autorizado y reunir otros requisitos de elegibilidad según las leyes de impuestos.

El Plan de Salud no ofrece asesoramiento impositivo. Consulte a su asesor financiero o fiscal para obtener consejos o más información sobre su elegibilidad para una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos.

**Plan de Salud con Deducible Alto (*High Deductible Health Plan, HDHP*):** un plan de beneficios de salud que cumple los requisitos de la sección 223(c)(2) del Código de Impuestos Internos. La cobertura de atención médica que se resume en este *Formulario de Revelación* se diseñó para que sea compatible con un HDHP y se use con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos.

**Región Base:** la Región en la que se inscribió (la Región Norte de California o la Región Sur de California). Nota: Podemos ampliar el Área de Servicio de su Región Base en cualquier momento y le notificaremos el cambio por escrito a su Grupo. Los códigos postales están sujetos a cambios realizados por el Servicio Postal de los Estados Unidos.

#### *Área de Servicio de la Región Norte de California*

Para los Miembros de Kaiser Permanente inscritos en la Región Norte de California, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en el Área de Servicio de su Región Base:

- Condado de Alameda (todo el condado): 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377 y 95391.

- Condado de Amador: 95640 y 95669.
- Condado de Contra Costa (todo el condado): 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820 y 94850.
- Condado de El Dorado: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.
- Condado de Fresno: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844 y 93888.
- Condado de Kings: 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656.
- Condado de Madera: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669 y 93720.
- Condado de Marin (todo el condado): 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74 y 94976-79.
- Condado de Mariposa: 93601, 93623 y 93653.
- Condado de Napa (todo el condado): 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599 y 95476.
- Condado de Placer: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 95765.
- Condado de Sacramento (todo el condado): 94203-06, 94209, 94229-30, 94232, 94235-37, 94239-40, 94244, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94283-85, 94287-90, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894 y 95899.
- Condado de San Francisco (todo el condado): 94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177 y 94188.
- Condado de San Joaquin (todo el condado): 94514, 95201-13, 95215, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686 y 95690.
- Condado de San Mateo (todo el condado): 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04 y 94497.
- Condado de Santa Clara: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196.
- Condado de Santa Cruz (todo el condado): 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073 y 95076-77.
- Condado de Solano (todo el condado): 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694 y 95696.
- Condado de Sonoma: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87 y 95492.
- Condado de Stanislaus (todo el condado): 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87 y 95397.
- Condado de Sutter: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692 y 95836-7.
- Condado de Tulare: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.
- Condado de Yolo: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.
- Condado de Yuba: 95692, 95903 y 95961.

### *Área de Servicio de la Región Sur de California*

Para los Miembros de Kaiser Permanente inscritos en la Región Sur de California, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en el Área de Servicio de su Región Base:

- Condado de Imperial: 92274-75.
- Condado de Kern: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61 y 93581.
- Condado de Los Angeles: 90001-84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90099, 90134, 90140, 90189, 90201-02, 90205, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260, 90262-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-33, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-28, 91330-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91601-10, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91 y 93599.
- Condado de Orange (todo el condado): 90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87 y 92899.
- Condado de Riverside: 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860 y 92877-83.
- Condado de San Bernardino: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427 y 92880.
- Condado de San Diego: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93 y 92195-99.
- Condado de Tulare: 93238 y 93261.
- Condado de Ventura: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099 y 93252.

Para cada código postal mencionado para un condado, su Área de Servicio incluye solo la parte de ese código postal que pertenece a dicho condado. Cuando un código postal abarca más de un condado, la parte del código postal que pertenece a otro condado no estará incluida en su Área de Servicio, salvo que ese otro condado también esté incluido y el código postal también esté mencionado para ese otro condado.

**Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*):** una revisión de la negación, modificación o demora de su solicitud de servicios o tratamientos de atención médica por parte de su plan de salud. El Departamento de Atención Médica Administrada realiza la revisión y la llevan a cabo expertos médicos independientes. Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por su 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 sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. Su plan de salud debe pagar por el servicio si una IMR considera que lo necesita.

**Servicios en Fase de Investigación:** son los medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los que ya se completó la fase de estudios de laboratorio o en animales, por lo que se encuentran en la fase de estudios en seres humanos, pero:

- Las pruebas no se completaron.
- La eficacia y la seguridad de dichos servicios en seres humanos todavía no se ha establecido.
- El uso del servicio todavía es limitado.

**Kaiser Permanente:** Kaiser Foundation Hospitals (una corporación sin fines de lucro de California), el Plan de Salud y el Grupo Médico.

**Estado en el que opera Kaiser Permanente:** California, Colorado, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington.

**Potencialmente Mortal:** una o ambas de las siguientes:

- Enfermedades o condiciones que tienen una alta probabilidad de ocasionar la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
- Enfermedades o condiciones con resultados potencialmente mortales, en cuyo caso la intervención clínica tiene como objetivo la supervivencia del paciente.

**Grupo Médico:** para los Miembros de la Región Norte de California, The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro; y para los Miembros de la Región Sur de California, Southern California Permanente Medical Group, una sociedad profesional con fines de lucro.

**Medicamento Necesario:** un servicio o producto que satisface las necesidades específicas de un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, lo que incluye minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, de una manera que cumpla con todas las siguientes condiciones:

- Debe brindarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas, incluidas las normas de atención de Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias.
- Debe ser clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración.
- No debe brindarse principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica o los Miembros, ni para conveniencia del paciente, el médico tratante u otro Proveedor de Atención Médica.

**Medicare:** el programa federal de seguro médico para personas a partir de los 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (en general quienes tienen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón).

**Miembro:** un Suscriptor o Dependiente de un Suscriptor que tiene una cobertura activa.

**Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias:** una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico mencionadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o en la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

**Visitas a Especialistas No Médicos:** consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como profesional de enfermería avanzada, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

**Atención de Urgencia Fuera del Área:** servicios Medicamento Necesarios para evitar el deterioro grave de su salud (o la de su bebé no nacido) como consecuencia de una enfermedad, una lesión o una complicación de una condición existente imprevistas (incluido el embarazo), si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de su Área de Servicio.
- Una persona sensata hubiera creído que su salud (o la de su bebé por nacer) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su Área de Servicio.

**Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:** un medicamento autoadministrado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para la venta al público mediante farmacias minoristas o servicios de farmacia por correo, que requiere receta médica y que no se brinda a pacientes hospitalizados.

**Visitas a Especialistas Médicos:** consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas médicos, incluidos Médicos personales del Plan que no son Médicos de Atención Primaria.

**Deducible del Plan:** el monto que debe pagar según la *EOC* durante el Periodo de Acumulación por ciertos servicios antes de que le brindemos cobertura por esos servicios con el Copago o el Coseguro correspondientes en ese Periodo de Acumulación. En la *Parte Uno del Formulario de Revelación* se incluyen los montos de los Deducibles del Plan. El Deducible del Plan corresponde al año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en la *Parte Uno del Formulario de Revelación*. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan, consulte la *EOC* para ver la lista de servicios que están sujetos a este deducible.

**Centro de Atención del Plan:** cualquier centro de atención específicamente identificado en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros de Atención del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Hospital del Plan:** cualquier hospital específicamente identificado en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. El directorio se actualiza con regularidad. Es posible que cambie la disponibilidad de los Hospitales del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Consultorio Médico del Plan:** cualquier consultorio médico específicamente identificado en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. Es posible que cambie la disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Gasto Máximo de Bolsillo del Plan:** el monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Periodo de Acumulación por ciertos Beneficios cubiertos que recibe durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para conocer el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. Consulte en la *EOC* la información sobre qué servicios corresponden al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

**Farmacia del Plan:** cualquier farmacia específicamente identificada en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones) como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. El directorio se actualiza con regularidad. Es posible que cambie la disponibilidad de las Farmacias del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Médico del Plan:** cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a los Miembros en su Área de Servicio (excepto los médicos contratados solo para prestar servicios de referencias).

**Proveedor del Plan:** un Hospital del Plan, un Médico del Plan, el Grupo Médico, una Farmacia del Plan o cualquier otro Proveedor de Atención Médica que se designe en el Plan de Salud como Proveedor del Plan en su Área de Servicio.

**Atención Posterior a la Estabilización:** servicios Médicamente Necesarios relacionados con su Condición Médica de Emergencia o Condición Psiquiátrica de Emergencia que reciba en un hospital (incluido el departamento de emergencias), un departamento de emergencias independiente o un centro de enfermería especializada después de que su médico tratante determine que esta condición se ha Estabilizado. La Atención Posterior a la Estabilización también incluye el equipo médico duradero cubierto en la *EOC* si es Medicamente Necesario después de recibir el alta del departamento de emergencias y si está relacionado con la misma Condición Médica de Emergencia. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero que cubre su plan, consulte el título “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *EOC*.

**Primas:** los montos periódicos que su grupo debe pagar por su membresía según esta *EOC*, a menos que usted sea responsable de pagar las Primas por tener cobertura de Cal-COBRA.

**Medicamento Recetado:** un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para la venta a los consumidores que requiere una receta médica y no se brinda a pacientes hospitalizados.

El término “medicamento” o “medicamento recetado” incluye los siguientes:

- Dispositivos desechables que son médicamente necesarios para administrar un medicamento recetado cubierto, como los espaciadores e inhaladores que se usan para administrar medicamentos recetados en aerosol a pacientes ambulatorios.
- Jeringas para medicamentos recetados inyectables que son autoadministrados y no se venden como jeringas precargadas.
- Medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos en los beneficios de medicamentos recetados del producto de acuerdo con las secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluidos los medicamentos, dispositivos y productos de venta libre aprobados por la FDA.
- Las vacunas u otros beneficios de atención médica cubiertos según el título “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” en la *EOC*.

**Directorio de Proveedores:** un directorio de médicos, profesionales de atención médica certificados y centros de atención en su Área de Servicio. Este directorio está disponible en el sitio web [kp.org/ubicaciones](http://kp.org/ubicaciones). Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos y los Centros de Atención del Plan puede cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

**Condición Psiquiátrica de Emergencia:** un trastorno mental que se manifiesta por sí mismo con síntomas agudos de suficiente gravedad tales que la persona supone un peligro inminente para sí misma o para otros, o bien queda inmediatamente imposibilitada para conseguir o usar comida, refugio o vestimenta debido a dicho trastorno mental.

**Región:** una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las Regiones pueden cambiar el 1.º de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Nevada, Oregón, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de las Regiones, visite el sitio web [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

**Gravemente Debilitante:** enfermedades o condiciones que provocan morbilidad irreversible.

**Área de Servicio:** el área geográfica designada por el plan dentro de la cual un plan brinda servicios de atención médica.

**Estabilizar:** proporcionar tratamiento médico para la Condición Médica de Emergencia o la Condición Psiquiátrica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá el deterioro sustancial de la condición a causa del traslado (ni durante dicho traslado) de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una persona embarazada que tiene contracciones, cuando no es el momento adecuado 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 persona embarazada o del niño no nacido), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

**Suscriptor:** un Miembro que puede tener una membresía por sí mismo, no por su estado como Dependiente, y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor.

**Consultas de Telesalud:** consultas interactivas por video y consultas telefónicas programadas entre usted y su proveedor.

**Atención de Salud Inclusiva para Personas Trans:** atención de salud integral que sea consistente con los estándares de atención para personas que se identifican como transgénero, con diversidad de género o intersexuales; que respete la autonomía corporal personal de cada persona; que no haga suposiciones sobre el género de una persona; que acepte la fluidez de género y las expresiones de género no tradicionales; y que trate a todos con compasión, comprensión y respeto.

**Atención de Urgencia:** servicios Médicamente Necesarios para una condición que requiere atención médica sin demora, pero que no es una Condición Médica de Emergencia ni una Condición Psiquiátrica de Emergencia.

## 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:

- 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 miembros: **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** 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](http://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**.

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 queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).**

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). 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 quejas 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>**

## Notice of Language Assistance

**English: ATTENTION.** Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week

**Arabic: تنبيه.** المساعدة اللغوية متوفرة بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا للحصول على المساعدة. لا تعمل خدمات الأعضاء في العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

**Armenian: ՌԻՇՍԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP` 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal` 1-855-839-7613 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը` 1-800-464-4000 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

**Chinese:** 请注意，我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的版本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare, 包括 D-SNP : 1-800-443-0815 (TTY 711), 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点
- Medi-Cal : 1-855-839-7613 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时
- 所有其他保险计划: 1-800-757-7585 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时

**Farsi:** توجه. امکان بهره‌مندی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای ما تماس بگیرید. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare, شامل D-SNP: با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره 1-855-839-7613 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره 1-800-464-4000 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

**Hindi:** ध्यान दें। भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: 1-800-443-0815 (TTY 711), सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: 1-800-464-4000 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

**Hmong:** FAJ SEEB. Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suav lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab

rau ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnuv so uas tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

**Japanese:** ご注意。言語サポートは無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門にお電話ください。加入者向けサービスは主要な休日では営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休

**Khmer (Cambodian):** យកចិត្តទុកដាក់។ ជំនួយភាសាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

**Korean:** 안내 사항. 무료 언어 지원 제공. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간

**Laotian: ໂປດຊາບ.** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານ

ສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບ ແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ອັກສອນນູນ,

ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ

ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

**Mien: CAU FIM JANGX LONGX OC.** Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih core haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hlou, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih core haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000** (TTY **711**), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

**Navajo: GIHA.** Tséé' naalkáah sídá'ígíí éí doo t'ée' íí'í' dah sídáa'ígíí. T'ée' góó t'í'í'ígíí éí tséé' naalkáah sídá'ígíí bikáa' dah sídaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí. T'á'ii éí t'ée' góó t'í'í'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'álka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí bikáa' dah na'álka'ígíí t'áa'altso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah sídá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí éí bik'eh dah naazhja'a'ígíí bik'eh dah na'álka'ígíí.

- Medicare, bikáa' dah deidiyós D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jį t'áálá'í damóó
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jį, 7 jį t'áálá'í damóó
- T'áa' al'aq: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 t'ohch'oolí t'áálá'í jį, 7 jį t'áálá'í damóó

**Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ।** ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਜਿਸ ਵਿੱਚ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

**Russian: ВНИМАНИЕ!** Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.

**Spanish: ATENCIÓN.** Se ofrece ayuda 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 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 otros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Tagalog: PAUNAWA.** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

**Thai:** **ส่งถึง** มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โปรดติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น. หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

**Ukrainian:** **УВАГА!** Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, з 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

**Vietnamese:** **LƯU Ý.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.