KAISER PERMANENTE®

CHP+
Guía para Miembros

Lo que necesita saber sobre los beneficios de su Child Health Plan *Plus*

Evidence of Coverage

Vigencia a partir del 1.º de julio de 2024
Kaiser Foundation Health Plan,Inc.
Mercado de Colorado

Índice

Otros idiomas 5
Otros formatos.....5
Servicios de interpretación 5
Guía para Miembros.....6
Cómo obtener ayuda 7
Quién puede volverse Miembro.....7
Tarjetas de identificación ("ID") 8
Formas de involucrarse como Miembro 8
Actualice su dirección y número de teléfono 8
Child Health Plan *Plus* con Kaiser Permanente.....9
Descripción general del Plan de Salud.....9
Cómo funciona su Plan de Salud 13
Continuidad de la Atención.....14
Costos 15
Cómo obtener servicios de atención para la salud 17
Dónde obtener atención 23
Objeción moral 23
Directorio de Proveedores.....23
Red de Proveedores del CHP+ 24
Médico de Cabecera ("PCP") 29
Los beneficios y servicios (Qué cubre su Plan de Salud).....36
Resumen de los Beneficios Cubiertos del Plan de Salud del CHP+
de Kaiser Permanente 37
Beneficios Cubiertos del Plan de Salud del CHP+ de
Kaiser Permanente 41
Atención para Pacientes Ambulatorios.....42
Atención para Pacientes Hospitalizados 43
Servicios de Cuidado de Maternidad.....44
Servicios de Ambulancia 45
Atención para Diálisis.....45
Medicamentos, Suministros y Suplementos.....45

Equipo Médico Duradero (DME) y Aparatos Protésicos y Ortopédicos 50
Servicios de Emergencia y de Atención de Urgencia 54
Servicios de Planificación Familiar 56
Servicios de Educación para la Salud 57
Servicios para la Audición 57
Atención Médica a Domicilio 57
Special Services Program 58
Cuidados Paliativos 59
Servicios de Salud Mental 60
Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación en Pacientes Hospitalizados 62
Servicios de Atención Preventiva 64
Cirugía reconstructiva 64
Atención en un Centros de Enfermería Especializada 65
Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias 66
Servicios de Trasplante 68
Servicios para la Vista 70
Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología 71
Coordinación de la atención 72
Servicios que no pueden obtenerse a través del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente (Exclusiones) 73
Sus derechos 81
Sus responsabilidades 82
Notificación de Determinación Adversa al Beneficio 82
Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros 83
Quejas 84
Apelaciones 85
Revisión Estatal 87
Fraude, despilfarro y abuso 88
Plan de Acceso 90
Acceso a servicios para hablantes de otros idiomas 90
Coordinación de beneficios 90
Notificación sobre la responsabilidad civil de terceros 91
Contratos con los Proveedores de la Red 91
Limitaciones 92
Embarazo por Encargo de Terceros 92

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes 92
Leyes aplicables 93
No Discriminación.....93
Notificaciones 93
Prácticas de Privacidad 93
Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer 94
Números de teléfono importantes.....95
Sitios web importantes 96
Palabras clave 96

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener esta Guía para Miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo para usted. Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o llame sin costo al **1-800-632-9700** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Lea esta Guía para Miembros para obtener más información sobre los servicios de asistencia en distintos idiomas para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos como braille, impresión en letra grande de 18 puntos y en audio sin costo para usted. Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700** (TTY **711**), de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

Servicios de interpretación

No hace falta que un familiar o un amigo sea su intérprete. Para servicios de interpretación, lingüísticos y culturales sin costo, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700** (TTY **711**), de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.

¡Bienvenido a Kaiser Permanente!

Gracias por elegir a Kaiser Permanente para recibir la cobertura médica del Child Health Plan *Plus* (CHP+).

Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros le informa acerca de su cobertura a través de Kaiser Permanente (“Plan de Salud”). Léala cuidadosamente y por completo. Le ayudará a entender y a usar sus beneficios y servicios. También explica sus derechos y responsabilidades como Miembro del Plan de Salud del CHP+ Kaiser Permanente. Si tiene necesidades médicas especiales, asegúrese de leer todas las secciones que le correspondan.

En esta Guía para Miembros, Kaiser Permanente en ocasiones se menciona como "nosotros", "nuestros" y "Plan de Salud". En esta Guía para Miembros, a veces se les llama “Miembros” a las personas inscritas, y a los Miembros se les llama "usted". Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta Guía para Miembros; consulte el Capítulo 8 ("Números importantes y palabras clave") para encontrar los términos que debe conocer.

Esta Guía para Miembros también se llama Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura, “EOC”). Es un resumen de nuestras reglas y políticas y se basa en el contrato entre Kaiser Permanente y el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado (el Departamento). Le enviaremos por correo postal un aviso por escrito sobre cualquier cambio importante que se haga a esta EOC al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Comuníquese con Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) para obtener más información.

Puede solicitar una copia impresa de la Guía para Miembros sin costo para usted si llama a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). O visite nuestro sitio web en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") para ver y descargar la Guía para Miembros. Recibirá una tarjeta postal cuando se inscriba y otra cada año, que le indicará cómo obtener una copia impresa de la EOC y otros documentos importantes para los Miembros.

1. Introducción para Miembros

Cómo obtener ayuda

Estamos aquí para ayudarle. Deseamos que esté feliz con su atención médica. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención, ¡queremos saberlo!

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

El Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente está para ayudarle. Podemos:

- Responder preguntas sobre sus Servicios Cubiertos
- Ayudarle a elegir un Médico de Cabecera (Primary Care Provider, “PCP”)
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita
- Ayudarle a obtener servicios de interpretación si no habla inglés
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos

Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

También puede visitarnos en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol**.

Quién puede volverse Miembro

Usted califica para nuestro Plan de Salud CHP + porque es elegible para CHP + y vive en Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas o el condado de Jefferson. Si tiene preguntas sobre elegibilidad o inscripción en CHP+, llame a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. O visite **hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus** (en inglés).

Tarjetas de identificación ("ID")

Como Miembro de nuestro Plan de Salud, usted recibirá una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente o una identificación con fotografía cuando reciba un servicio de atención para la salud o una receta médica. Deberá portar su tarjeta de salud en todo momento.

Si no recibe su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente en pocas semanas después de su inscripción, o si se daña su tarjeta, la pierde o se la roban, llame a Servicio a los Miembros de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva sin costo para usted. Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Su tarjeta tendrá un Número de Historia Clínica. Se le pedirá su Número de Historia Clínica cuando llame para pedir consejos, para hacer una cita o cuando acuda a un Proveedor de la Red para recibir atención. El Número de Historia Clínica se utiliza para identificar sus registros de salud y la información de inscripción. Usted siempre debe tener el mismo Número de Historia Clínica.

Llame a **Servicio a los Miembros** si alguna vez cometemos un error y le generamos más de un Número de Historia Clínica. Si necesita reemplazar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Formas de involucrarse como Miembro

Comuníquese con nosotros. Queremos saber qué funciona bien y cómo podemos mejorar. Llame a **Servicio a los Miembros** para brindar a Kaiser Permanente sus comentarios y recomendaciones sobre cómo podemos mejorar nuestro servicio a los miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Actualice su dirección y número de teléfono

Es importante que se asegure que Inscripción Health First Colorado tiene sus correctos detalles de contacto. Esto le ayudará a obtener actualizaciones importantes sobre su cobertura de atención médica. Para actualizer su información de contacto, llame a Inscripción Health First Colorado al **303-839-2120**, o visite **Colorado.gov/PEAK**.

2. Acerca de su Plan de Salud

Child Health Plan *Plus* con Kaiser Permanente

CHP+ es una cobertura de salud pública de bajo costo para niños y mujeres embarazadas que califiquen. Este plan de beneficios de salud le cubre los costos de exámenes médicos o si usted se enferma. Para obtener cobertura de CHP+, debe seguir el proceso de inscripción de CHP+. El proceso de inscripción detalla quién es elegible y qué formularios de inscripción se requieren. Para obtener más información sobre la inscripción, visite **hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus** (en inglés).

Descripción general del Plan de Salud

El Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente es un plan de salud para personas que tienen cobertura del CHP+ y viven en Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas o el condado de Jefferson. Trabajamos con el Departamento para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente para obtener más información sobre Kaiser Permanente y cómo hacer que funcione para usted, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente, las Instalaciones de la Red y los Proveedores de la Red trabajan juntos para brindar a nuestros Miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le da acceso a los Servicios Cubiertos que necesite, como Atención de Rutina, atención hospitalaria, medicamentos, servicios de laboratorio, Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia y otros beneficios que se describen en esta Guía para Miembros.

Cómo iniciar su inscripción

Cuando se inscriba en el Plan de Salud del CHP+ recibirá una tarjeta de identificación de Miembro de Kaiser Permanente en un plazo de dos semanas desde la inscripción. También le enviaremos una notificación que le indique cuándo comienza y termina su inscripción. La inscripción en este Plan de Salud es voluntaria. Usted o el Departamento pueden finalizar su inscripción en nuestro Plan de Salud como se describe en la sección “Cómo finalizar su inscripción”, a continuación.

También recibirá una tarjeta postal cuando se inscriba y otra cada año, que le indicará cómo obtener una copia impresa de esta Guía para Miembros. Para solicitar una copia impresa de la Guía para Miembros sin costo para usted, llame a Servicio a los Miembros y se le enviará una copia por correo postal en cinco (5) días hábiles.

Puede cambiar su inscripción dentro de los primeros 90 días desde su inscripción o reinscripción anual. Si desea cambiar su plan de salud, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales del condado donde vive o llame a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Debe renovar su cobertura cada año. Para los Miembros de atención prenatal de CHP+, la cobertura comenzará en la fecha en que se apruebe su solicitud, y cuando sea elegible para la cobertura durante doce (12) meses después del final de su embarazo.Llame a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991** si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad o la inscripción de CHP+.

Cómo finalizar su inscripción

El Departamento puede finalizar su inscripción enviándole una notificación por escrito al menos 30 días antes de la fecha de cancelación (finalización) si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una conducta perjudicial, rebelde o abusiva con nosotros o con un proveedor; o
- Nos proporciona información errónea o incompleta intencionalmente; o
- No hace de nuestro conocimiento algún cambio importante en su situación familiar; o
- Comete cualquier clase de Fraude en relación con su inscripción

Si usted está internado en un hospital o institución, su cobertura continuará hasta la fecha en la que se dé el alta. Esto no procede si el Departamento cancela su inscripción por fraude o abuso.

Todos los derechos a los beneficios cesan en la fecha que finaliza su inscripción. Si usted ya es elegible para recibir la cobertura del CHP+, se le cobrará cualquier servicio recibido después de la fecha de cancelación (finalización) como no Miembro. Puede ingresar una queja sobre la finalización de su inscripción si contacta a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) o al Departamento:

- **Por correo postal:** Envíe un formulario a **Department of Health Care Policy & Financing, CHP+ Health Plan Manager, 1570 Grant Street, Denver, CO 80203**
- **Por teléfono:** Llame al Departamento al **1-800-359-1991**

Podemos denunciar cualquier Fraude de Miembros a la policía y tomar acciones legales.

Puede solicitar finalizar su inscripción si envía al Departamento un Formulario de Cambio llenado a la siguiente dirección: **Department of Health Care Policy & Financing, CHP+ Health Plan Manager, P.O. Box 17548, Denver, CO 80217**

Cuando finaliza la cobertura con CHP+, el Departamento le enviará un Certificado de Cobertura Acreditable. El Certificado de Cobertura Acreditable establece el periodo de tiempo que tuvo cobertura con CHP+. Es posible que necesite esta carta como prueba de cobertura previa cuando se inscriba en otros planes de salud.

Inscripción de recién nacidos

Los recién nacidos que sean elegibles para el Plan CHP+ tendrán cobertura durante al menos 12 meses a partir de la fecha de nacimiento. Debe llamar a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991** para informar sobre el nacimiento de su recién nacido e inscribirlo en CHP+.

Los bebés que sean hijos de Miembros de CHP+ estarán cubiertos automáticamente por el plan de salud de la madre hasta por 30 días. Para solicitar cobertura para su recién nacido, llame a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991** después de que su bebé nazca.

IMPORTANTE: Llame a Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991** tan pronto como tenga a su bebé, para no tener ningún problema de cobertura. Necesitará el nombre de su bebé, la fecha de nacimiento y el número de seguro social del bebé, si está disponible. Su hijo recién nacido se inscribirá a partir de su fecha de nacimiento. Un especialista en Elegibilidad e Inscripción de CHP+ puede ayudarle. Si no puede llamar a Elegibilidad e Inscripción de CHP+ usted mismo, un miembro de su familia o su proveedor pueden llamar por usted.

Elegibilidad presunta

El programa de Presumptive Eligibility (PE) brinda a los niños menores de 19 años y a las mujeres embarazadas cobertura médica temporal de Health First *Colorado o Child Health Plan Plus (CHP+)* de inmediato. Su cobertura médica temporal dura al menos 45 días mientras se procesa su solicitud de Asistencia Médica. Para calificar, usted debe:

- Ser un niño menor de 19 años o una mujer embarazada,
- Poder calificar para Medicaid o CHP+ y,
- Llenar una solicitud para Asistencia Médica.

Nota: Los servicios dentales no están cubiertos mientras esté en el programa de Presumptive Eligibility.

Si tiene preguntas sobre cómo solicitar o calificar, llame al Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Cambio de domicilio fuera del Área de Servicio

El Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente es para personas que califican para el CHP+ y viven en Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas o el condado de Jefferson.

Debe informarnos de inmediato si se muda fuera de nuestra Área de Servicio o del estado.

Para notificarnos sobre su nueva dirección, comuníquese con Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) y con Servicio al Cliente de CHP+ al **1-800-359-1991**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede actualizar su dirección en línea si visita **Colorado.gov/peak** (haga clic en "Español").

Otra cobertura de Seguro Médico

Si usted tiene la cobertura de otro seguro, ya no será elegible para CHP+.

Si obtiene otra cobertura de salud, como Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado), privada o grupal, llámenos. Si se determina que usted tiene otra cobertura médica, su cobertura CHP+ se cancelará (finalizará). El Departamento puede regresar y finalizar su cobertura en la fecha en que comenzó su otra cobertura.

Para notificarnos sobre otra cobertura médica, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Cómo funciona su Plan de Salud

CHP+ trabaja con planes de salud para administrar la atención médica y los servicios que necesita. Un plan de salud es un grupo de médicos, clínicas, hospitales, farmacias y otros proveedores que trabajan juntos para ayudarle a satisfacer sus necesidades de atención médica. Kaiser Permanente es un plan de salud para el CHP+.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. Nuestro programa de atención médica le da acceso los Servicios Cubiertos que necesite, como Atención de Rutina, atención hospitalaria, medicamentos, servicios de laboratorio, Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia y otros beneficios que se describen en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

Un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente puede ayudarle a entender:

- Cómo funciona Kaiser Permanente
- Cómo obtener la atención que necesita
- Cómo programar citas con los proveedores dentro de los horarios de acceso normales

Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). También puede encontrar información en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español").

Continuidad de la Atención

Si es un Miembro nuevo y ha estado recibiendo atención de proveedores que no están en la Red de Proveedores de CHP+, es posible que pueda seguir viéndolos en determinadas situaciones. Si su situación médica se incluye en uno de los casos que se mencionan a continuación en la sección “Elegibilidad” puede solicitar continuar la atención con su proveedor actual.

Elegibilidad

Los casos que están sujetos a esta cláusula de Continuidad de la Atención son:

- **Cuidados de Maternidad.** Es posible que ofrezcamos cobertura para estos servicios mientras esté embarazada e inmediatamente después del parto.
- **Necesidades especiales de atención médica.** Es posible que cubramos los Servicios Cubiertos Necesarios desde el Punto de Vista Médico para Miembros con necesidades especiales de atención médica. Esto puede incluir Miembros con problemas de salud mental, problemas de salud de alto riesgo, problemas funcionales y otros problemas de salud complejos.

Hable con su PCP sobre la atención o el tratamiento que está recibiendo por parte de un Proveedor Fuera de la Red y de la necesidad de hacer la transición de estos servicios a Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente **no** cubre la Continuidad de la Atención de Proveedores Fuera de la Red si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los servicios no están cubiertos por el CHP+
- Su proveedor no aceptará trabajar con Kaiser Permanente. Deberá buscar un nuevo proveedor

Nuestro Plan de Salud tiene derecho a asignar su atención a uno de nuestros Proveedores o Centro de la Red.

Periodo de transición

El periodo de transición para la Continuidad de la Atención es por un tiempo limitado. El periodo de transición para Miembros con necesidades de atención médica especiales es de:

- 60 días calendario desde el inicio de su inscripción para los Servicios Cubiertos proporcionados por Proveedores Fuera de la Red
- 75 días calendario desde el inicio de su inscripción para los Servicios Cubiertos proporcionados por Proveedores de la Red auxiliares

Los miembros en su segundo o tercer trimestre de embarazo (con más de 3 meses de embarazo) pueden continuar viendo a sus Proveedores Fuera de la Red hasta que hayan terminado con la atención posparto directamente relacionada al parto.

Debe informarnos si desea seguir con su proveedor actual, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Más información

Para obtener más información sobre la Continuidad de la Atención, llame a Servicio a los Miembros. Para saber si califica para recibir los servicios de un Proveedor Fuera de la Red o si requiere más información, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Costos

Copagos

Los copagos son una cantidad en dólares que usted paga para recibir un servicio o un medicamento en específico. No se cobran copagos por los servicios cubiertos por medio de Kaiser Permanente CHP+ Health Plan.

Costos para los miembros

Se le puede cobrar si:

- Obtiene atención médica de un Proveedor Fuera de la Red (excepto para Planificación Familiar y Servicios de Emergencia)

- Obtiene un Servicio o procedimiento no Cubierto de cualquier proveedor
- Obtiene ciertos Servicios Cubiertos o procedimientos sin contar con autorización previa

Para la atención que no es de emergencia, es su responsabilidad:

- Asegurarse de que el proveedor que visita esté dentro la Red de Proveedores del CHP+
- Asegurarse de que la atención que reciba esté aprobada, si es necesario, antes de recibir los Servicios Cubiertos

Si recibe servicios de Proveedores Fuera de la Red, es posible que no estén cubiertos si no obtuvo la Aprobación Previa (Autorización Previa). En casos donde los servicios no tienen cobertura, es posible que tenga que pagarlos.

Puede acudir con Proveedores Fuera de la Red para obtener algunos Servicios de Planificación Familiar sin Aprobación Previa. Para obtener información sobre qué servicios de Planificación Familiar están cubiertos, consulte la sección “Servicios de Planificación Familiar” más adelante en este Capítulo 3.

No necesita Aprobación Previa para Servicios de Emergencia, incluso cuando acude con Proveedores Fuera de la Red.

3. Cómo obtener atención

Cómo obtener servicios de atención para la salud

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉN O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA LE PUEDE PROPORCIONAR ATENCIÓN.

Podrá empezar a usar nuestros servicios de atención para la salud a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Porte siempre su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Nunca permita que nadie más utilice su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

El Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente brinda servicios a nuestros Miembros a través de nuestros Proveedores de la Red. Todos trabajan juntos para ofrecerle atención de calidad. Cuando elige a Kaiser Permanente como su Plan de Salud está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Para saber dónde se ubican nuestros Proveedores de la Red, visite nuestro Directorio de Proveedores (Provider Directory) en línea para CHP+ en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+**.**

Los Miembros nuevos deben elegir un Médico de Cabecera (Primary Care Provider, "PCP") que esté en la Red de Proveedores del CHP+. Si no elige un PCP, nosotros lo haremos por usted. Puede elegir el mismo PCP o PCP diferentes para todos los miembros de la familia en el Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Si ya lo atiende un médico y quiere que lo siga atendiendo, o si desea conseguir un nuevo PCP, puede buscarlo en nuestro Directorio de Proveedores de CHP+. Este incluye una lista de todos los PCP en la Red de Proveedores del CHP+. El Directorio de Proveedores tiene más información para ayudarlo a decidir. Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). También puede encontrar un Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+**.**

Si no puede obtener la atención que necesita de un Proveedor de la Red, su PCP debe solicitar la aprobación de nuestro Plan de Salud para enviarlo a un Proveedor Fuera de la Red. No necesita aprobación para acudir a un Proveedor Fuera de la Red para recibir Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia o Servicios de Planificación Familiar que se describen en la sección “Servicios de Planificación Familiar” más adelante en este capítulo.

Lea el resto del capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la Red de Proveedores del CHP.

Evaluación de la Salud Inicial (“IHA”)

Como Miembro nuevo, le recomendamos que visite a su nuevo PCP dentro de los primeros 90 días para una evaluación de salud inicial (initial health assessment, “IHA”). El objetivo de la IHA es ayudar a su PCP a que conozca sus antecedentes y necesidades de atención médica. Su PCP puede hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos o puede pedirle que llene un cuestionario. Su PCP también le hablará sobre asesoramiento y clases de educación para la salud que lo pueden ayudar.

Lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente a su cita. Es una buena idea llevar una lista de sus medicamentos y de sus preguntas a la consulta. Esté preparado para hablar con su PCP sobre sus necesidades de atención médica y preocupaciones.

Asegúrese de llamar al consultorio del PCP si llegará tarde o si no puede asistir a su cita.

Cuidados de Rutina

Los Cuidados de Rutina son la atención médica regular. Incluye atención preventiva, también llamada de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. La atención preventiva incluye exámenes médicos regulares, educación para la salud y asesoramiento. Los niños pueden obtener servicios preventivos tempranos indispensables, como exámenes de audición y visión, evaluaciones del proceso de desarrollo y muchos servicios más, recomendados en la guía pediátrica Bright Futures. Además de la atención preventiva, los Cuidados de Rutina incluyen la atención cuando usted esté enfermo. Kaiser Permanente cubre los Cuidados de Rutina de su PCP.

Su PCP:

- Le brindará Cuidados de Rutina, incluidos exámenes médicos regulares, vacunas, tratamientos, recetas médicas y consejos médicos
- Mantendrá actualizada su historia clínica
- Lo referirá (enviará) con Especialistas, si lo necesita
- Solicitará las radiografías o los análisis de laboratorio que necesite

Cuando necesite Cuidados de Rutina, puede llamar al Centro de Atención para Citas y Orientación al **303-338-4545** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m. para programar una cita, o puede programarla en línea. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web **kp.org/espanol**.

En una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubrimos, así como los que no cubrimos, lea el Capítulo 4 ("Beneficios y servicios, Exclusiones y Limitaciones") de esta Guía para Miembros.

Atención de Urgencia

La Atención de Urgencia **no** es para emergencias ni para condiciones que pongan en riesgo la vida. Es para los servicios que necesita para prevenir daños graves a su salud debido a una enfermedad repentina, lesión o complicación de una condición que ya padece. Las citas de Atención de Urgencia están disponibles dentro de las 24 horas posteriores a su solicitud de cita.

La Atención de Urgencia puede incluir resfriados, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos, esguinces o servicios de maternidad.

No necesita Aprobación Previa (Autorización Previa) para la atención de urgencia.

Cubrimos los Servicios de Atención de Urgencia en las Instalaciones Fuera de la Red. No cubrimos la atención de seguimiento de los Proveedores Fuera de la Red después de que ya no necesite los Servicios de Atención de Urgencia. Una vez que se haya resuelto su problema de Atención de Urgencia, debe consultar a un Proveedor de la Red para recibir la atención de seguimiento necesaria. Si necesita Equipo Médico Duradero (DME) relacionado con sus servicios de atención de urgencia, su Proveedor Fuera de la Red debe obtener nuestra Aprobación Previa (Autorización Previa).

Para obtener asesoría médica, llame a nuestra Línea de Consejos al **303-338-4545** (TTY **711**) y hable con un profesional de atención médica certificado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Atención de Emergencia

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias (emergency room, "ER") más cercana. **No** necesita nuestra Aprobación Previa (Autorización Previa) para la atención de emergencia. Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otra instalación de atención de emergencia.

La Atención de Emergencia está destinada a Condiciones Médicas de Emergencia. Para una enfermedad o lesión que una persona común prudente (razonable, no un profesional del cuidado de la salud) con conocimientos promedio de salud y medicina entendería que, si no recibe atención de inmediato, su salud (o la de su bebé por nacer) podría estar en peligro, o una función corporal o un órgano, o parte de su cuerpo se podrían dañar seriamente. Los ejemplos de Condiciones Médicas Excepcionales incluyen, entre otros:

- Trabajo de parto activo
- Huesos fracturados
- Dolor intenso
- Dolor de pecho
- Quemadura grave
- Sobredosis por drogas
- Desmayos
- Hemorragia grave
- Condiciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas

No vaya a la ER para recibir Cuidados de Rutina. Debe recibir Cuidados de Rutina de su PCP, que es quien lo conoce mejor. Si no está seguro si tiene una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a la Línea de Consejos al **303-338-4545** (TTY **711**) y hablar con un profesional de atención médica certificado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)**.**

Si necesita atención de emergencia cuando viaja, vaya a la sala de emergencias (“ER”) más cercana, incluso si no pertenece a la Red de Proveedores del CHP+. Si va a una ER, pídales que nos llamen. Usted o el hospital en el que lo internen deberán llamar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas contadas a partir de que haya recibido atención de emergencia.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. No es necesario que consulte a su PCP o a Kaiser Permanente antes de ir a la ER.

Si necesita atención en un hospital que no pertenece a la Red después de su emergencia (atención de posestabilización), el hospital llamará a Kaiser Permanente.

Recuerde: No llame al **911,** a menos que se trate de una emergencia. Obtenga atención de emergencia solo para una emergencia, no para Cuidados de Rutina o para una enfermedad menor, como un resfriado o un dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Atención de Posestabilización

La atención de posestabilización son los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidos los de la ER) que recibe después de que el médico que lo esté tratando considere que su Condición Médica de Emergencia está clínicamente estable.

Cubrimos la atención de posestabilización mediante un Proveedor Fuera de la Red solo si proporcionamos autorización previa o si la ley vigente así lo exige. El proveedor que lo esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de posestabilización.

Para solicitar la Aprobación Previa para que reciba atención de posestabilización de un Proveedor Fuera de la Red, el proveedor debe llamarnos al **303-338-4545** (TTY **711**). También pueden llamarnos al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

Cuando el proveedor nos llame, hablaremos con el médico que lo esté tratando por su problema de salud. Si determinamos que necesita atención de posestabilización, autorizaremos los Servicios Cubiertos. En algunos casos, es posible que dispongamos que un Proveedor de la Red preste la atención.

Si decidimos que un Centro de Atención de la Red, un Centro de Enfermería Especializada u otro proveedor proporcione la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para llevarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir servicios especiales de transporte para los que normalmente no ofreceríamos cobertura.

Debe preguntar al proveedor qué atención (incluido el transporte) hemos autorizado. Ofrecemos cobertura solamente de los servicios o el transporte correspondiente que hayamos autorizado. Si pide y recibe servicios que no tienen cobertura, es posible que no le paguemos los servicios al proveedor.

Cuidados de Maternidad

Ofrecemos atención prenatal y posnatal para Miembros embarazadas. No necesita una Referencia para consultar a un proveedor de Obstetricia y Ginecología de la Red para recibir atención relacionada con su embarazo. Los Miembros de atención prenatal de CHP+ son elegibles para la cobertura durante doce (12) meses después del parto o del final del embarazo.

Si se embaraza, llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**). Podemos ayudarle a encontrar un médico para su embarazo y coordinar su atención prenatal y posnatal.

Servicios de Planificación Familiar

Para los servicios de pruebas de embarazo, planificación familiar o control de la natalidad, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la Red de Proveedores del CHP+. Puede elegir cualquier proveedor del CHP+ y acudir con ellos sin una referencia ni Autorización Previa. En casos donde los servicios no tienen cobertura, es posible que tenga que pagarlos.

Es posible que los servicios de un Proveedor Fuera de la Red que no estén relacionados con los servicios de Planificación Familiar no estén cubiertos. Si desea obtener ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, puede llamar a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Puede llamar a la Línea de Consejos al **303-338-4545** (TTY **711**) y hablar con un profesional de atención médica certificado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Los menores pueden llamar a la Línea de Consejos al **303-338-4545** (TTY **711**) (las 24 horas del día, los 7 días de la semana), y hablar con un profesional de atención médica autorizado acerca de sus inquietudes médicas.

Dónde obtener atención

Obtendrá la mayor parte de su atención de su PCP. Su PCP le brindará toda la atención preventiva (de bienestar) de rutina. También lo verá para recibir atención cuando esté enfermo. Su PCP lo referirá (enviará) con un Especialista, si lo necesita.

Para encontrar dónde se ubican los Proveedores de la Red, visite nuestro sitio web en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en los Recursos del CHP+ o llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**)

La Atención de Urgencia es la atención que necesita pronto, pero no es una emergencia. Incluye la atención para temas como un resfriado, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos o un esguince. En caso de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener ayuda con sus preguntas, puede llamar a la Línea de Consejos al **303-338-4545** (TTY **711**) y hablar con un profesional de atención médica certificado (las 24 horas al día, los 7 días de la semana).

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral para proveer algunos Servicios Cubiertos. Esto significa que tienen derecho a **no** proporcionar ciertos Servicios Cubiertos si no están de acuerdo moralmente con los servicios. Si su proveedor tiene una objeción moral, ellos pueden ayudarle a buscar otro proveedor de los servicios que usted necesita. Kaiser Permanente también podrá ayudarle a encontrar un proveedor. Si necesita ayuda para obtener una referencia de un proveedor diferente, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente CHP+ (“Directorio de Proveedores”) enumera los proveedores que están en la Red de Proveedores de Kaiser Permanente CHP+. La Red es el grupo de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores tiene los nombres, las especialidades, las direcciones, los números de teléfono, los horarios de atención y los idiomas que hablan los proveedores.

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente CHP+ muestra los siguientes tipos de proveedores que se encuentran en nuestra Red:

- Hospitales
- Farmacias
- PCP
- Especialistas
- Enfermeras parteras
- Proveedores de Planificación Familiar

Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+. Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Red de Proveedores del CHP+

La Red de Proveedores del CHP+ es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con Kaiser Permanente para proveer los Servicios Cubiertos del CHP+ para nuestros Miembros.

Kaiser Permanente es un plan de salud para el CHP+. Cuando elige nuestro CHP+ como su Plan de Salud, está eligiendo recibir atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los Proveedores de la Red.

Puede acudir con un Proveedor fuera de la Red sin una Referencia o Aprobación Previa para Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia y Servicios de Planificación Familiar. Debe tener una Referencia y una Aprobación Previa para todos los demás Servicios Fuera de la Red o no se cubrirán.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden elegir un Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, IHCP) como su PCP, incluso si el IHCP no está en la Red de Proveedores del CHP+.

Si su Proveedor de la Red o Centro de Atención de la Red, incluido un PCP, hospital u otro proveedor tiene una objeción moral para brindarle un Servicio Cubierto, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Vea la sección de "Objeción Moral" que se mencionó anteriormente en este capítulo para saber más sobre las objeciones morales.

Proveedores de la Red

Recibirá atención de proveedores de la Red de Proveedores del CHP+ para sus necesidades de atención médica. Recibirá atención preventiva y Cuidados de Rutina de su PCP. También obtendrá atención médica de Especialistas, hospitales y otros proveedores de la Red de Proveedores del CHP+.

Para más información sobre nuestra Red de Proveedores, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+. Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Para Servicios de Emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

A excepción de los Servicios de Emergencia, los Servicios de Atención de Urgencia o los Servicios de Planificación Familiar, debe obtener una Aprobación Previa de nuestro Plan de Salud del CHP+ antes de consultar con un proveedor fuera de la Red de Proveedores del CHP+. Si no obtiene la Aprobación Previa y acude con un Proveedor fuera de la Red para recibir atención que no sea Atención de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia o Servicios de Planificación Familiar, es posible que deba pagar los servicios que reciba de ese Proveedor Fuera de la Red.

Fuera de la Red

Proveedores Fuera de la Red

Los Proveedores Fuera de la Red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con Kaiser Permanente.

Debe obtener una Aprobación Previa (Autorización Previa) antes de acudir a un Proveedor Fuera de la Red, excepto para:

- Servicios de Emergencia
- Servicios de Atención de Urgencia
- Servicios de Planificación Familiar

Para obtener más información sobre Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia y Servicios de Planificación Familiar, consulte esas secciones en este capítulo. Si usted es indígena estadounidense, puede recibir atención con un IHCP fuera de nuestra Red de Proveedores sin una Referencia o Autorización Previa.

Si necesita servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico que están cubiertos por el CHP+ pero no están disponibles en la Red de Proveedores del CHP+, podemos referirlo y darle una Aprobación Previa para obtener esos servicios de un Proveedor Fuera de la Red. Si tiene una Referencia y Aprobación Previa para consultar a un Proveedor Fuera de la Red, su atención estará cubierta por su Plan de Salud del CHP+.

Si necesita ayuda con los Servicios Fuera de la Red, hable con su PCP o llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Los Cuidados de Rutina por parte de Proveedores Fuera de la Red no están cubiertos, a excepción de los IHCP y los Servicios de Planificación Familiar.

Para Servicios de Emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Kaiser Permanente cubre los Servicios de Atención de Emergencia fuera de la Red.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden obtener servicios con los IHCP fuera de la Red.

Si tiene preguntas sobre los servicios disponibles de los Proveedores Fuera de la Red, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Médicos

Usted escogerá su médico o un Médico de Cabecera (PCP) de nuestra Red de Proveedores.

Si tenía un médico antes de ser Miembro de Kaiser Permanente, podría seguir teniéndolo durante un tiempo limitado. A esto se le llama Continuidad de la Atención. Puede obtener más información sobre la Continuidad de la Atención en el Capítulo 2 de esta Guía para Miembros. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Si necesita un Especialista, su PCP le dará una referencia a un Especialista de la Red de Proveedores del CHP+.

Recuerde, si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted lo elige.

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Debe elegir a un PCP de la Red de Proveedores del CHP+. Para saber cómo elegir o cambiar un PCP, visite nuestra página web en **kp.org/espanol**, o llame a Servicio a los Miembros al **303-338-4545** (TTY **711**).

Hospitales

En caso de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si no es una emergencia y necesita atención hospitalaria, su PCP puede decidir a qué hospital debe ir. Necesitará ir a un hospital de la Red. Para encontrar los hospitales de nuestra Red, puede buscar en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Acceso oportuno a la atención

Tipo de servicio	Pauta de Programación
Servicios que requieren atención urgente	Dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a que se notifique a su Médico de Cabecera que necesita los servicios.
Problemas médicos que no son de emergencia ni urgentes	Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la solicitud del servicio. Nota: Esta pauta no se aplica a las citas para exámenes físicos de rutina ni para consultas programadas de forma regular para la revisión de una condición médica crónica si en el programa se contempla que las consultas se lleven a cabo menos de una vez cada treinta (30) días calendario.
Atención sintomática no urgente o servicios de salud conductual sintomática no urgentes	Dentro de los sietes (7) días calendario posteriores a la solicitud del servicio.

Tipo de servicio	Pauta de Programación
Revisiones físicas de cuidados de rutina o evaluaciones de salud del comportamiento	Dentro de un (1) mes desde la solicitud del servicio.
Cita de seguimiento	Dentro de los siete (7) días calendario posteriores al alta hospitalaria.
Atención de salud mental de emergencia	Dentro de los quince (15) minutos posteriores al contacto inicial por teléfono, incluida la accesibilidad TTY; en persona, en el plazo de una (1) hora después del contacto en áreas urbanas y suburbanas, y en un plazo de dos (2) horas después del contacto en áreas rurales y fronterizas.

Si prefiere esperar para que le den una cita más adelante, que se ajuste mejor a su horario o consultar al Proveedor de la Red de su elección, respetaremos su preferencia. En algunos casos, es posible que deba esperar más tiempo del que se indica en la tabla anterior si un profesional de la salud certificado decide que programar la cita para una fecha posterior no tendrá un impacto negativo en su salud.

Las normas sobre la disponibilidad de citas no se aplican a los servicios de atención preventiva. Su médico puede recomendar una programación específica para los servicios preventivos, de acuerdo con sus necesidades. Las normas tampoco se aplican a la atención de seguimiento para las condiciones médicas en curso ni a las referencias abiertas a Especialistas.

Servicios de interpretación

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando reciba Servicios Cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención sin costo. Recomendamos encarecidamente no recurrir a menores ni a familiares para que actúen como intérpretes. Para más información sobre los servicios de interpretación, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Tiempo de traslado y distancia para la atención médica

Kaiser Permanente debe seguir los estándares de tiempo de traslado y distancia para su atención. Esos estándares ayudan a garantizar que pueda recibir atención sin tener que viajar demasiado tiempo o demasiado lejos de donde vive. Los estándares de tiempo de traslado y distancia son diferentes dependiendo del condado en el que viva.

Si necesita atención de un proveedor y ese proveedor se encuentra lejos de donde vive, puede llamar a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) para que le ayuden a encontrar un proveedor ubicado
cerca de usted.

Médico de Cabecera ("PCP")

Para ayudarle a encontrar un médico que sea el adecuado para usted, llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**). Puede averiguar qué médicos aceptan nuevos pacientes y elegir uno que se adapte a sus necesidades.

Los adultos pueden elegir un PCP de:

- Medicina para adultos o medicina interna
- Medicina familiar

Los padres pueden elegir un médico de pediatría o medicina para adolescentes o medicina familiar (para niños de hasta 18 años) para que sea el PCP de su hijo.

Cada familiar con cobertura puede elegir a su propio médico personal. Según el tipo de proveedor, usted podrá elegir un PCP para todos los integrantes de su familia.

También puede elegir obtener su atención médica primaria en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”) o un Proveedor de Atención Médica Indígena (“IHCP”).

Si no elige un PCP, le asignaremos uno.

Puede cambiar a otro PCP disponible en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cambiar a su médico en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol** o puede llamar al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**).

Su PCP:

- Se familiarizará con antecedentes de salud y sus necesidades
- Mantendrá actualizada su historia clínica
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que necesite
- Lo referirá (enviará) con un Especialista, si lo necesita
- Organizará su atención en un hospital, si lo necesita

Puede consultar el Directorio de Proveedores del CHP+ para encontrar un PCP de la Red de Proveedores del CHIP+.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+. O puede solicitar que le envíen por correo postal una copia del Directorio de Proveedores si llama a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Elección de médicos y otros proveedores

Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted elige su PCP.

Es mejor permanecer con el mismo PCP para que este pueda conocer sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si desea cambiarse con otro PCP, lo puede hacer en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté en la Red de Proveedores del CHP+ y que reciba pacientes nuevos.

Para saber cómo seleccionar o cambiar a su PCP, llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**).

Podríamos pedirle que cambie su PCP si el PCP no está tomando pacientes nuevos, si ha dejado de pertenecer a nuestra Red o si no atiende a pacientes de su edad. Si debe cambiar de PCP, se lo diremos por escrito.

Citas

Cuando necesite atención médica:

- Llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**) o programe una cita en línea en **kp.org/espanol**.
- Tenga su número de historia clínica de Kaiser Permanente (que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente) a la mano cuando llame
- Lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente a su cita
- Solicite ayuda en su idioma o servicios de interpretación, si es necesario
- Llegue a tiempo a su cita
- Llame de inmediato si no puede ir a su cita o si llegará tarde
- Tenga listas sus preguntas e información sobre los medicamentos

Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Pago

No debe recibir facturas de un proveedor por Servicios Cubiertos. Puede recibir una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, “EOB”) o un estado de cuenta de Kaiser Permanente o de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si le mandan una factura, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Indíquenos el importe facturado, la fecha del servicio y el motivo de la factura. Usted no debe pagar a un proveedor ningún monto por Servicios Cubiertos que le corresponden a Kaiser Permanente.

Debe obtener una Aprobación Previa (Autorización Previa) antes de acudir a un Proveedor Fuera de la Red, excepto para:

- Servicios de Emergencia
- Servicios de Atención de Urgencia
- Consultas de Obstetricia y Ginecología (Obstetrics/Gynecology, OB/GYN)
- Servicios de Planificación Familiar

Si no obtiene la Aprobación Previa, es posible que deba pagar la atención de proveedores que están fuera de la Red. Para obtener más información sobre Servicios de Emergencia, Servicios de Atención de Urgencia y Servicios de Planificación Familiar, consulte esas secciones en este capítulo.

Si necesita servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico que estén cubiertos por el CHP+ pero no hay un Proveedor de la Red disponible, lo referiremos y aprobaremos que consulte a un Proveedor Fuera de la Red para obtener esos servicios.

Si recibe una factura o si pagó una factura que cree que no debería haber pagado, también puede enviar un formulario de reclamo médico. Puede obtener el formulario de reclamo médico en línea en **kp.org/espanol**. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamo médico.

Referencias

Su PCP le solicitará una Referencia para enviarlo con un Especialista, si lo necesita. Un Especialista es un médico que tiene conocimiento profundo en un área de la medicina. Su PCP le ayudará a elegir un Especialista. Le podemos ayudar a programar una cita para ir con el Especialista. Llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**) o programe una cita en línea en **kp.org/espanol**.

A continuación, se incluyen ejemplos de Especialistas que requieren una Referencia:

- Cirugía
- Ortopedia
- Cardiología
- Oncología
- Dermatología
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Urología
- Alergias

Si tiene preguntas sobre las Referencias, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

No necesita una Referencia para:

- Consultas con el PCP
- Consultas de Obstetricia y Ginecología ("OB/GYN")

- Consultas de urgencia o de emergencia
- Planificación Familiar

Aunque no se requiere una Referencia ni Aprobación Previa para recibir la mayoría de la atención de estos proveedores mencionados anteriormente, es posible que se necesite una Referencia y Aprobación Previa en las siguientes situaciones:

- El proveedor tal vez necesite obtener Aprobación Previa para ciertos Servicios Cubiertos
- El proveedor podría tener que remitirlo con un Especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o condición médica

Autorización Previa (Aprobación Previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o Especialista necesitarán pedir permiso al Plan de Salud antes de que le brinden la atención. A esto se llama solicitud de Autorización Previa, aprobación previa o Preaprobación. Significa que el Plan de Salud debe asegurarse de que la atención sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico.

Una vez que se revise su solicitud, le enviaremos un aviso por correo postal informándole si aprobamos o denegamos los servicios o el procedimiento que se solicita. Este proceso puede tardar 10 días calendario desde que recibimos la solicitud.

Para las solicitudes en las que un proveedor indica o que la persona designada por el Plan de Salud que corresponda determina que resolver dentro del plazo normal podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función total, el Plan de Salud tomará una decisión de autorización acelerada (rápida). Informaremos tan pronto como su condición de salud lo requiera y en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido la solicitud de servicios.

Para solicitudes estándares o aceleradas, podemos extender el tiempo de revisión hasta 14 días calendario si así lo solicita. También podemos ampliar el plazo si necesitamos más información, y si el retraso es lo que más le conviene. Le enviaremos una carta si necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Le informamos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su condición de salud y antes de que finalice la extensión. Tiene el derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo. Para obtener más información sobre las Quejas, consulte el Capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) de esta Guía para Miembros.

Si tiene preguntas sobre los servicios que requieren Autorización Previa y los criterios que se utilizan para tomar decisiones sobre autorizaciones, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Podemos brindarle servicios de interpretación sin costo.

Nunca necesitará una Aprobación Previa para Servicios de Emergencia ni Atención de Urgencia, incluso si es fuera de la Red. Lo anterior incluye el trabajo de parto y el parto si tiene embarazo. No necesita Autorización Previa para la mayoría de los Servicios de Planificación Familiar. Para obtener más información sobre Servicios de Planificación Familiar, consulte la sección “Servicios de Planificación Familiar” en este capítulo.

Solicitudes de Servicios Posteriores

La solicitud de servicios que ya recibió se llama solicitud posterior al servicio.

Esto incluye solicitudes para servicios de Proveedores fuera de la Red y Servicios No Cubiertos.

Podríamos necesitar 30 días calendario para pagar o denegar una solicitud de servicio posterior. Si tenemos toda la información que necesitamos, le notificaremos por escrito nuestra decisión de pagar o denegar lo solicitado. Si el Plan de Salud no aprueba la solicitud, le enviaremos una carta de Notificación de Determinación Adversa al Beneficio (Notice of Adverse Benefit Determination, “NABD”). La NABD le dirá cómo presentar una Apelación si no está de acuerdo con la decisión. Para obtener información importante, consulte la sección de “Notificación de Determinación Adversa al Beneficio” en el Capítulo 5.

Kaiser Permanente **no** les paga a los revisores para que rechacen la cobertura ni los servicios. Kaiser Permanente no niega cobertura ni servicios basados en creencias morales o religiosas. Si se le niega algún Servicio Cubierto por cuestiones morales o de creencias religiosas, comuníquese con Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Le ayudaremos a encontrar un proveedor diferente que le proporcione los Servicios Cubiertos que necesita.

Segundas opiniones

Es posible que quiera obtener una segunda opinión sobre la atención que su proveedor indica que necesita, o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, es posible que quiera una segunda opinión si no está seguro de que necesita un

tratamiento recetado o una cirugía, o si ha intentado seguir un plan de tratamiento y no ha funcionado.

Para obtener una segunda opinión, llame a su PCP. Su PCP puede referirlo a un Proveedor de la Red que sea un profesional médico calificado adecuadamente para su condición médica a fin de pedirle una segunda opinión. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) para que le ayuden a obtener una segunda opinión con un Proveedor de la Red. También se necesita una Aprobación Previa para obtener una segunda opinión de un Proveedor Fuera de la Red. Consulte la sección “Referencias” que se encuentra más arriba.

Pagaremos una segunda opinión si usted o su Proveedor de la Red lo solicita, y obtiene una segunda opinión de un Proveedor de la Red.

Si rechazamos su solicitud para obtener una segunda opinión, puede presentar una Apelación (o Queja Formal). Para obtener más información sobre las Apelaciones, consulte el Capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) de esta Guía para Miembros.

Gestión de la Utilización de Servicios

La Gestión de Utilización de Servicios se usa para decidir si usted está recibiendo los servicios correctos en el momento correcto. Cuando es necesario, se aplican los criterios de utilización junto con las opiniones de expertos médicos para tomar decisiones de aprobación o denegación de servicios. Si su solicitud de servicios no se resuelve a su favor, puede solicitar, sin costo para usted, una copia de los criterios de utilización que se usaron para tomar la decisión si llama al **1-877-895-2705**.

Especialistas en Salud de la Mujer

Puede consultar con un Especialista en salud de la mujer de la Red de Proveedores del CHP+ para la atención cubierta necesaria a fin de que le brinde servicios de atención preventivos y de rutina para la salud de la mujer. No necesita una Referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para ayudarle a encontrar un médico Especialista en la salud de la mujer, llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**).

4. Beneficios y servicios, Exclusiones y Limitaciones

Los beneficios y servicios (Qué cubre su Plan de Salud)

Esta sección explica todos sus Servicios Cubiertos como Miembro de Kaiser Permanente. La mayoría de los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor de la Red. Los servicios que se describen en esta sección de "Beneficios y servicios" están cubiertos únicamente si se cumplen todas estas condiciones:

- Los servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico, según la definición en esta Guía para Miembros; y
- Un Proveedor de la Red proporciona, receta, recomienda o dirige los servicios. Esto no se aplica cuando se indique lo contrario en la sección "Servicios de Emergencia", la sección "Servicios de Atención de Urgencia" y la sección "Servicios de Planificación Familiar"; y
- Usted recibe los servicios por parte de Proveedores de la Red dentro de nuestra Área de Servicio. Los únicos servicios que puede obtener de los Proveedores Fuera de la Red son los siguientes:
    - Atención en un centro de Servicio de Salud Indígena
    - Servicios de ambulancia de emergencia
    - Servicios de Emergencia y Atención de Posestabilización
    - Servicios de Atención de Urgencia
    - Servicios de Planificación Familiar

- Aprobación Previa para ver a un Proveedor Fuera de la Red
- Algunos Servicios de Planificación Familiar, como se describe en el Capítulo 3 de la sección llamada "Servicios de Planificación Familiar"
- Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico que están cubiertos por el CHP+ pero no hay un Proveedor de la Red disponible; y

- El proveedor recibió la Aprobación Previa (Autorización Previa) para los servicios, como corresponde.

Para más información sobre sus Servicios Cubiertos, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Resumen de los Beneficios Cubiertos del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente

La siguiente tabla de beneficios muestra ejemplos de Servicios Cubiertos.

La mayoría de los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor de la Red. En algunos casos, es posible que cubramos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico por parte de un Proveedor Fuera de la Red.

Debe solicitarnos una Aprobación Previa (Autorización Previa) si la atención está fuera de la Red, excepto para los Servicios de Planificación Familiar, emergencias o Servicios de Atención de Urgencia.

Todos los beneficios están sujetos a los Límites y las Exclusiones que se indican en este manual; algunos servicios podrían requerir una Autorización Previa.

Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Resumen de los Beneficios del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente	USTED PAGA
Atención para Pacientes Ambulatorios • Consultas de atención primaria: Servicios de medicina familiar, medicina interna, pediatría • Consultas de atención especializada: Servicios de proveedores que no son de atención primaria • Medicamentos administrados en el consultorio • Servicios de atención virtual:Chat con un proveedor en línea, Correo electrónico, Consultas telefónicas, Consultas por video • Cirugía para pacientes ambulatorios en centros de atención para pacientes ambulatorios designados • Servicios preventivos: • Consultas para el mantenimiento de la salud • Consultas de bienestar infantil • Visita anual de bienestar mental • Consultas para vacunas • Pruebas de detección de rutina, como la de colesterol en la sangre y la de Papanicolaou • Prueba de sigmoidoscopia flexible (o colonoscopia de detección cuando la ordene su Proveedor de la Red) • Mamografías y exámenes físicos de los senos • Pruebas de detección de la próstata • Exámenes de bienestar ocular	$0 Copago
Cuidados de Maternidad • Paciente ambulatoria: Consultas prenatal y posparto • Hospitalización: Servicios médicos y hospitalarios	$0 Copago
Atención para Pacientes Ambulatorios • Cubiertos solamente si la condición del Miembro requiere servicios médicos que solo puede brindar una ambulancia certificada	$0 Copago
Servicios de Emergencia • Salas de emergencia Dentro y Fuera de la Red Cubiertos las 24 horas del día	$0 Copago
Atención de Urgencia • Centros de atención de urgencia Dentro y Fuera de la Red	$0 Copago
Salud Mental • Paciente ambulatorio: Consultas de terapia individual • Hospitalización parcial	$0 Copago

Resumen de los Beneficios del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente	USTED PAGA
• Paciente hospitalizado: Servicios de hospital o de centros de atención para trastornos psiquiátricos • Atención Residencial: Tratamiento en un programa hospitalario de la Red	
Trastornos por Abuso de Sustancias • Paciente ambulatorio: Servicios para pacientes ambulatorios para el tratamiento del alcoholismo y la farmacodependencia • Hospitalización parcial • Paciente hospitalizado: Diagnóstico, tratamiento médico que incluye la desintoxicación médica y servicios de referencias • Rehabilitación residencial: Servicios para pacientes hospitalizados en un programa de rehabilitación residencial	$0 Copago
Servicios Ópticos y para la Vista • Prueba de refracción y examen de los ojos de rutina: Se limita a 1 por año para adultos, sin límites para menores	$0 Copago
Servicios Ópticos y para la Vista • Equipo óptico (incluidos lentes, marcos y lentes de contacto)	Crédito de $150 cada 12 meses
Fisioterapia y Terapia Ocupacional y del Habla • Terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios: limitada a 90 consultas por año, cualquier combinación de fisioterapia y terapia ocupacional o del habla • El límite de consultas no se aplica a las consultas de terapia para el retraso del desarrollo entre los 0 y los 3 años de edad. • El límite de consultas no se aplica a la terapia del habla para labio leporino/paladar hendido • Rehabilitación para pacientes hospitalizados: Limitada a 30 días por año	$0 Copago
Fisioterapia y Terapia Ocupacional y del Habla – No está cubierto • Terapia de Análisis del Comportamiento Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA) - No está cubierto	No está cubierto
Atención para pacientes hospitalizados (Sin límite en los días cubiertos) • Habitación y Alimentación, y Unidades de Cuidados Críticos • Cuidados intensivos y servicios hospitalarios relacionados	$0 Copago

Resumen de los Beneficios del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente	USTED PAGA
• Atención de enfermería general • Otros servicios y suministros del hospital, como: • Análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico • Medicamentos y medicinas recetados • Servicios de vendajes, férulas, yesos y materiales esterilizados • Anestésicos • Servicios profesionales de médicos y otros proveedores de atención médica	
Medicamentos, Suministros y Suplementos • Copago de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios • Anticonceptivos con receta médica • Suministros para controlar la diabetes	$0 Copago
Medicamentos, Suministros y Suplementos – No está cubierto • Medicamentos para la infertilidad - No está cubierto • Medicamentos para la disfunción sexual - No está cubierto • Vacunas cuando salga de viaje - No está cubierto	No está cubierto
Atención en un Centro de Enfermería Especializada • Limitada a 30 días por año calendario para Miembros que necesiten atención de enfermería especializada las 24 horas del día. La atención de custodia no está cubierta	$0 Copago
Atención Médica a Domicilio • Servicios de salud proporcionados en su domicilio y recetados por un Proveedor de la Red. Los servicios de salud a domicilio son servicios intermitentes o de medio tiempo que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico	$0 Copago
Cuidados Paliativos • Para pacientes terminales con una esperanza de vida de 6 meses o menos	$0 Copago
Servicios para la Audición • Exámenes y pruebas de audición para determinar la necesidad de corrección auditiva • Aparatos auditivos	$0 Copago

Resumen de los Beneficios del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente	USTED PAGA
Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología • Servicios de laboratorio de diagnóstico • Servicios de radiografías de diagnóstico • Radiografías Terapéuticas • Procedimientos avanzados de imagenología, como TC, PET, IRM, medicina nuclear	$0 Copago
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y Aparatos Protésicos y Ortopédicos • Equipo Médico Duradero • Aparatos Protésicos • Aparatos Protésicos Implantados Internamente • Dispositivos Ortopédicos • Oxígeno • Beneficio máximo anual combinado pagado por el Plan de Salud por los artículos mencionados anteriormente • Pierna o brazo protésico Beneficio máximo combinado anual de $2,000 pagado por el Plan de salud por los artículos enumerados anteriormente	$0 Copago
Atención de afirmación de género • Salud conductual, tratamiento hormonal y procedimientos quirúrgicos • Se aplican requisitos	$0 Copago

Beneficios Cubiertos del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente

Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos que puede recibir.

Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros del Plan de Salud del CHP+ están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y Exclusiones del contrato entre Kaiser Permanente y el Departamento, según se indique en esta Guía para Miembros y en cualquier otra enmienda.

Atención para Pacientes Ambulatorios

Atención a Pacientes Ambulatorios para Atención Preventiva, Diagnóstico y Tratamiento

Cubrimos la siguiente Atención a Pacientes Ambulatorios para la atención preventiva, el diagnóstico y el tratamiento. Se incluyen los servicios profesionales de los médicos y otros profesionales de la salud:

- en el consultorio del médico
- durante las consultas en el consultorio médico
- en un Centro de Enfermería Especializada; o
- en casa.

La Atención para Pacientes Ambulatorios incluye:

- Consultas de atención primaria: Servicios de medicina familiar, medicina interna y pediatría.
- Consultas de atención especializada: Servicios de médicos que no son de cabecera, según se definió anteriormente.
- Pruebas y tratamiento para las alergias.
- Tratamiento de Barniz de fluoruro.
- Consultas con farmacéuticos clínicos.
- Medicamentos, vendajes y yesos administrados durante una consulta cubierta (Sin cargo).
- Cirugía para pacientes ambulatorios.
- Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.
- Segunda opinión.
- Consultas a domicilio.
- Servicios médico-sociales.

- Servicios de atención preventiva (consulte “Servicios de Atención Preventiva” en esta sección de “Beneficios” para obtener más detalles).
- Servicios de atención virtual.

Atención para Pacientes Hospitalizados

Servicios para Pacientes Hospitalizados en un Centro de Atención de la Red

Cubrimos los servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de Atención de la Red si los servicios se brindan de manera habitual en hospitales generales de atención de problemas médicos agudos en nuestra Área de Servicio. Los siguientes servicios están cubiertos:

- Habitación y alimentación en una habitación semiprivada (con dos o más camas). Se brinda una habitación privada o atención privada de enfermería si el Proveedor de la Red lo considera Necesario desde el Punto de Vista Médico.
- Cuidados intensivos y servicios hospitalarios relacionados.
- Servicios profesionales de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud durante su hospitalización.
- Atención de enfermería general.
- Se cubre la cirugía bariátrica si usted cumple los criterios del Plan de Salud.
- Alimentos y dietas especiales.
- Otros servicios y suministros del hospital, como:
    - Quirófanos, salas de recuperación, de maternidad y de otros tratamientos.
    - Medicamentos y medicinas recetados.
    - Pruebas de laboratorio y radiografías para diagnóstico.
    - Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.
    - Servicios de vendajes, férulas, yesos y materiales esterilizados.

- ♦ Anestésicos, incluidos los servicios del enfermero anestesista.
- ♦ Suministros médicos, aparatos, equipo médico (incluido el oxígeno) y cualquier artículo cubierto que el hospital haya facturado para usarse en casa.

Exclusiones a la Atención para Pacientes Hospitalizados

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Servicios dentales, con excepción de los casos en los que cubrimos la hospitalización y la anestesia general para servicios dentales proporcionados a Miembros por disposición de la ley estatal.
- Cirugía estética relacionada con la cirugía bariátrica.

Servicios de Cuidado de Maternidad

Cubrimos la siguiente Atención para Pacientes Ambulatorios para el tratamiento prenatal y posnatal. Se incluyen los servicios profesionales de los médicos y otros profesionales de la salud:

- Consultas prenatales y posparto de rutina (sin cargo). Los beneficios prenatales de rutina cubren los exámenes realizados en el consultorio, los análisis químicos de orina de rutina y las pruebas de esfuerzo fetal que se lleven a cabo durante la visita al consultorio.
- Equipo de lactancia materna y asesoramiento.

Cubrimos los servicios para pacientes ingresados en un Centro de Atención de la Red. Los siguientes servicios están cubiertos:

- Atención obstétrica y parto. Incluye el parto por cesárea.
  - ♦ Si la hospitalización cubierta para el parto termina después de las 8 p. m., la cobertura se prolongará hasta las 8 a. m. del día siguiente.
  - ♦ Es posible que su Proveedor de la Red pida que se lleve a cabo una consulta de seguimiento para usted y su recién nacido dentro de las 48 horas posteriores al alta hospitalaria. Esto puede ocurrir si la dan de alta dentro de las 48 horas posteriores al parto o dentro de las 96 horas posteriores si el parto fue por cesárea.

Servicios de Ambulancia

Cubrimos los servicios de ambulancia solamente si su condición requiere el uso de servicios médicos que solo puede brindar una ambulancia certificada.

Exclusiones de los Servicios de Ambulancia

El plan no cubre lo siguiente:

- Servicios rutinarios de ambulancia que No sean de Emergencia a su hogar u otra ubicación de atención médica que no sea aguda.
- Transporte en automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla, minivan o cualquier otro medio de transporte, incluso si es la única manera de trasladarse hacia un Proveedor de la Red.

Atención para Diálisis

Cubrimos los servicios de diálisis por insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal terminal, si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio; y
- Usted cumple todos los criterios médicos del Plan de Salud; y
- El centro de atención está certificado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y tiene contrato con el Plan de Salud; y
- Un Proveedor de la Red hace la Referencia por escrito para que lo atiendan en el centro de atención.

Una vez que obtenga una Referencia, cubrimos el equipo, la capacitación y los suministros médicos que se necesiten para llevar a cabo la diálisis en el hogar.

Medicamentos, Suministros y Suplementos

Usamos una Lista de Medicamentos Recetados Disponibles. Una Lista de Medicamentos Recetados Disponibles es una relación de Medicamentos Recetados (que incluye Medicamentos Biológicos y Biosimilares) que cuentan con la aprobación del comité encargado de la realización de dicha Lista para nuestros Miembros. Nuestro comité se compone de médicos y farmacéuticos. Se le conoce como Comité

de Farmacia y Terapéutica. El comité selecciona Medicamentos Recetados de nuestra Lista de Medicamentos Recetados Disponibles con base en varios factores. Entre ellos están la seguridad y la eficacia, como se determina mediante la revisión de la literatura y las investigaciones médicas. El comité se reúne regularmente para considerar añadir o quitar Medicamentos Recetados de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles. Si quisiera recibir información acerca de si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos Recetados Disponibles, visite kp.org/formulary o llame a **Servicio a los Miembros**.

Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Esta sección le indica qué medicamentos, suministros y suplementos están cubiertos si acude a una farmacia de la Red. Usted puede encontrar un centro de atención con una farmacia de la Red en nuestro sitio web. Visite **kp.org/espanol** y haga clic en “Localizar nuestros servicios”, y luego en “Encontrar médicos y centros”. También puede llamar a **Servicio a los Miembros** para pedir ayuda.

Los siguientes medicamentos estarán cubiertos solo si los receta:

- un Proveedor de la Red; o
- un proveedor al que haya sido remitido un Miembro por un Proveedor de la Red; o
- un dentista (si se receta por alguna condición aguda), y si los obtiene en una farmacia de la Red:
  - Insulina
  - Los medicamentos que, de conformidad con la ley, requieren receta médica.

Las farmacias de la Red pueden sustituir un medicamento de marca con un genérico equivalente, a menos que el Proveedor de la Red no lo permita. Si usted pide un medicamento de marca cuando el producto preferido es un medicamento genérico equivalente, su proveedor de la red puede solicitar una revisión a una excepción con respecto a algún medicamento enviando un Formulario de solicitud de medicamentos al plan de salud.

La cantidad cubierta no puede exceder el Límite de Días de Suministro de cada medicamento de mantenimiento o alcanzar el Límite de Días de Suministro de cada

medicamento que no sea de mantenimiento. El Límite de Días de Suministro es la cantidad de medicamento que se puede surtir cada vez. Por ejemplo: usted puede recibir un suministro para 30 días. Algunos medicamentos tienen un mayor potencial de que se desperdicien o de que se les dé un uso inapropiado. Esos medicamentos se proporcionarán hasta para 30 días. No se cubrirá ninguna cantidad que usted reciba y que exceda la cantidad para los días de suministro. Si usted recibe un suministro que sobrepase la cantidad apropiada para los días correspondientes, toda cantidad recetada que exceda el límite se le cobrará aplicando las tarifas de no Miembro. Cada resurtido de medicamentos se hará con base en el mismo criterio que se siguió para la receta médica original. Kaiser Permanente puede fijar límites a las cantidades de Medicamentos Recetados específicos.

Cobertura de los Medicamentos Administrados

Cubrimos los siguientes medicamentos administrados como parte de sus beneficios de Atención para Pacientes Hospitalizados y del Centro de Enfermería Especializada. Los siguientes medicamentos están cubiertos sin cargo si:

- se administran en un consultorio médico de la Red o en un centro de atención de urgencia
- si se requiere administración y observación por parte del personal médico durante las consultas domiciliarias
- Medicamentos (incluidos Medicamentos Biológicos y Biosimilares) e inyecciones
- Materiales radioactivos utilizados para fines terapéuticos
- Vacunas e inmunizaciones cuyo uso esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos
- Materiales para pruebas y tratamientos para alergias

Envío de medicamentos recetados por correo

Si lo solicita, el resurtido de los medicamentos de mantenimiento se enviará por correo por medio del servicio de pedido por correo de Medicamentos Recetados de Kaiser Permanente, sin cargo por franqueo ni manejo. Usted puede recibir por correo hasta la cantidad máxima de días de suministro de los medicamentos de mantenimiento que le hayan recetado los Proveedores de la Red. El Plan de Salud

define cuáles son los medicamentos de mantenimiento. Algunos medicamentos tienen un mayor potencial de que se desperdicien o de que se les dé un uso inapropiado. Esos medicamentos no están disponibles para el servicio de pedido por correo. Para obtener información sobre nuestro servicio de pedido por correo de medicamentos recetados y de los medicamentos que no están disponibles para el pedido por correo, comuníquese con **Servicio a los Miembros**.

Suplementos Alimenticios

Los siguientes se proporcionan según su beneficio de Atención para Pacientes Hospitalizados: productos modificados de aminoácidos recetados que se usen en el tratamiento de anomalías congénitas del metabolismo de los aminoácidos; productos elementales de nutrición intestinal y parenteral; fórmulas para sondas de gastrostomía; y fórmulas para niños con trastornos gastrointestinales, síndromes de malabsorción o una condición que afecte el patrón de crecimiento, o la nutrición o absorción normal. No se cubren los productos alimenticios para la alimentación intestinal.

Suministros y Accesorios para personas con diabetes

Se le brindarán los suministros para personas con diabetes si los obtiene en una farmacia de la Red o en sitios que aprueba el Plan de Salud. Esos artículos incluyen entre otros, suministros para el monitoreo de la glucosa en casa, jeringas desechables para la administración de insulina, tiras reactivas para la medición de glucosa, tabletas para la prueba de cetonas y tiras reactivas para la detección de nitratos de uso doméstico en el caso de los pacientes pediátricos. Para obtener más información, consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+.

Limitaciones

- Las vacunas para adultos y niños se limitan a aquellas que no son experimentales, que son indicadas por el médico y que coinciden con la práctica médica aceptada.
- Es posible que algunos medicamentos requieran Autorización Previa. No necesita obtener una Autorización Previa para ningún Medicamento Recetado aprobado por la FDA que se incluya en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.
- Con excepción de los medicamentos para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, podemos aplicar terapia escalonada para ciertos medicamentos.

- Los medicamentos compuestos están cubiertos siempre y cuando estén en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles.

Exclusiones en Medicamentos, Suministros y Suplementos

El plan no cubre lo siguiente:

- Suministros desechables para uso doméstico, como apósitos, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes y vendajes elásticos.
- Medicamentos e inyecciones para tratar las disfunciones sexuales.
- Medicamentos o inyecciones para el tratamiento de la infertilidad.
- Medicamentos recetados necesarios para servicios que no se incluyen en el contrato del **CHP+**.
- Medicamentos para acortar la duración del resfriado común.
- Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
- Medicamentos para el tratamiento de control del peso.
- Medicamentos disponibles sin receta y con receta con la misma concentración.
- Clases de medicamentos o medicamentos individuales que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica haya excluido.
- A menos que el Plan de Salud lo apruebe, medicamentos;
    - ♦ No aprobados por la FDA; y
    - ♦ Que no sean de uso general desde el 1.º de marzo del año anterior a su fecha de vigencia o de su última renovación.
- Medicamentos Recetados que tengan un empaque diferente al empaque estándar de la farmacia que los surte.
- Reemplazos de Medicamentos Recetados por cualquier razón. Esto incluye medicamentos recetados derramados, perdidos, dañados o robados.
- Medicamentos no preferidos, con excepción de los medicamentos recetados y autorizados por medio del proceso de medicamentos no preferidos.

Equipo Médico Duradero (DME) y Aparatos Protésicos y Ortopédicos

Cubrimos el DME, las prótesis y los aparatos ortopédicos incluidos en nuestra lista de DME.

- Tienen que estar recetados por un Proveedor de la Red.
- Requieren la Autorización Previa del Plan de Salud.
- Es necesario que los obtenga de fuentes aprobadas por el Plan de Salud.

El Plan de Salud determina si los artículos deben comprarse o rentarse. Se cubrirán los repuestos necesarios debido al desgaste normal si el DME sigue siendo Necesario desde el Punto de Vista Médico. No se cubrirán los repuestos si estuvieran:

- dañados a causa de negligencia o maltrato; o
- perdidos

Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+ para obtener más información.

Los ajustes, las reparaciones y las adaptaciones necesarios están cubiertos si no son resultado del mal uso. El Plan de Salud puede reparar o reemplazar un aparato si lo considera necesario. La reparación y el reemplazo del equipo defectuoso se cubren sin cargo. Se le cobrará a usted como si no fuera Miembro cualquier DME, prótesis o aparato ortopédico, o cualquier reparación o ajuste necesario después de que el Plan de Salud haya pagado el beneficio máximo anual de cada año.

Limitaciones: La cobertura se limita a:

- Un artículo estándar de DME, Aparato Ortopédico o Protésico que satisfaga las necesidades médicas del Miembro, y
- El beneficio máximo anual que cubre el Plan de Salud tal como se muestra en el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+.

Cobertura del Equipo Médico Duradero (DME)

- El DME que es Necesario desde el Punto de Vista Médico y que se menciona en nuestra Lista de DME.
- El DME es el equipo Necesario desde el Punto de Vista Médico que puede usarse en casa. Es capaz de resistir el uso constante y solo debe usarlo la

persona con una enfermedad o lesión. Incluye, entre otros, los monitores para la apnea infantil, las bombas de insulina y sus suministros, así como oxígeno y el equipo dispensador de oxígeno.

- Se proporcionan bombas de insulina y sus suministros cuando se cumplen las pautas clínicas y cuando usted las obtiene en sitios aprobados por el Plan de Salud. El beneficio máximo anual no se aplica a las bombas de insulina ni a sus suministros.
- El equipo dispensador de oxígeno y el oxígeno que se use en el hogar están cubiertos. La recarga de oxígeno está cubierta si usted se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio. Para tener la cobertura, debe de contar con una orden preexistente de oxígeno y debe adquirirlo con un proveedor aprobado por el Plan de Salud.
- Cuando su uso ya no esté indicado por un Proveedor del Plan, el DME debe devolverse al Plan de Salud o a su representante. Si no se devuelve el equipo, deberá pagarlo al Plan de Salud o a su representante al precio justo del mercado que el Plan de Salud establezca.
    - ♦ Limitación: La cobertura se limita al precio de compra o de renta más bajo, tal y como lo determina el Plan de Salud.

Exclusiones del Equipo Médico Duradero (DME)

El plan no cubre lo siguiente:

- Monitores electrónicos de funciones del organismo, excepto los monitores para la apnea infantil.
- Dispositivos para realizar exámenes médicos de líquidos, excreciones o sustancias corporales. Nota: Las tiras reactivas de nitrato para las pruebas de orina de uso doméstico para pacientes de pediatría están cubiertas y no se excluyen.
- Los artículos no médicos como baños sauna o artículos para elevadores.
- Equipo para ejercicio o higiene.
- Equipos o artículos de comodidad, conveniencia o lujo.
- Suministros desechables para uso doméstico, como apósitos, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes y vendajes elásticos.

- Reemplazo de equipo perdido.
- Reparación, ajustes o reemplazos por mal uso.
- Más de una pieza de DME que esencialmente tenga la misma función, con excepción de los reemplazos; no se cubre el equipo de repuesto o de uso alterno.

Cobertura de Aparatos Protésicos

Los Aparatos Protésicos son aquellos que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano o de una extremidad del cuerpo. La cobertura de los Aparatos Protésicos incluye:

- Dispositivos implantados internamente con fines funcionales. Por ejemplo, marcapasos y articulaciones de cadera. El beneficio máximo anual no se aplica.
- Aparatos Protésicos para Miembros que se han sometido a una mastectomía. El Plan de Salud le indica dónde obtener los aparatos. Se reemplazará el aparato cuando ya no resulte funcional. Se proporcionarán prótesis hechas a la medida cuando sea necesario. El beneficio máximo anual no se aplica.
- Los Aparatos Protésicos como los obturadores y dispositivos para el habla y la alimentación necesarios para el tratamiento del labio leporino y el paladar hendido. Es necesario que los recete un Proveedor de la Red y que se adquieran en sitios aprobados por el Plan de Salud. El beneficio máximo anual no se aplica.
- Los Aparatos Protésicos cuyo fin sea reemplazar, en todo o en parte, un brazo o una pierna cuando los recete un Proveedor de la Red por ser Necesario desde el Punto de Vista Médico. Es necesario que los obtenga en sitios aprobados por el Plan de Salud. El pago por parte del Plan de Salud se basará en esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). El beneficio máximo anual no se aplica.

Exclusiones en los Aparatos Protésicos

El plan no cubre lo siguiente:

- Prótesis dentales, excepto aquellas que sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento del labio leporino y el paladar hendido como se describió anteriormente.

- Aparatos, equipo y prótesis implantados internamente relacionados con la disfunción eréctil.
- Más de un Aparato Protésico para la misma parte del cuerpo, excepto los reemplazos. Aparatos de repuesto o de uso alterno no proporcionados.
- Reemplazo de Aparatos Protésicos perdidos.
- Reparaciones, ajustes o reemplazos necesarios debido al mal uso.

Cobertura de Aparatos Ortopédicos

Los Aparatos Ortopédicos son aquellos aparatos externos rígidos o semirrígidos (además de los yesos) que:

- se requieren para brindar apoyo o corregir alguna función o forma defectuosa de una parte del cuerpo inoperante o que no funciona bien; o
- limitan el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada.

Exclusiones en los Aparatos Ortopédicos

No se cubre lo siguiente:

- Zapatos correctivos y Aparatos Ortopédicos para uso podiátrico, y soportes del arco. Esta exclusión no incluye zapatos terapéuticos o para pie diabético para pacientes con diagnóstico de enfermedad vascular periférica o neuropatía periférica.
- Dispositivos y aparatos dentales. El tratamiento Necesario desde el Punto de Vista Médico del labio leporino o del paladar hendido se cubre cuando lo indica un Proveedor de la Red. Si una póliza o un contrato de seguro dental cubre estos servicios para el Miembro, nosotros no los cubriremos.
- Aparatos ortopédicos experimentales y de investigación.
- Más de un Aparato Ortopédico para la misma parte del cuerpo, excepto los reemplazos. Los aparatos de repuesto o de uso alterno no están cubiertos.
- Reemplazo de Aparatos Ortopédicos perdidos.
- Reparaciones, ajustes o reemplazos necesarios debido al mal uso.

Servicios de Emergencia y de Atención de Urgencia

Servicios de Emergencia

Si considera que tiene una Emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Los Servicios de Emergencia están disponibles en todo momento, LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. Usted no necesita una Autorización Previa ni una referencia. Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otra instalación de atención de emergencia.

Cubrimos los Servicios de Emergencia que reciba de Proveedores del Plan y de Proveedores fuera del Plan en cualquier lugar del mundo. Para obtener más información acerca de los beneficios de Emergencia lejos de casa, llame a **Servicio a los Miembros.**

Las exclusiones y las limitaciones de su plan aún aplicarán si un Proveedor o un Centro de Atención Fuera de la Red prestan Servicios No Cubiertos.

Después de que se Estabilice su Emergencia (Posestabilización)

Después de que se Estabilice su Emergencia (ya sea dentro o fuera de nuestra Área de Servicio), cubriremos los servicios que podría necesitar cuando los apruebe el Plan de Salud. A estos servicios se les llama Servicios de Posestabilización. Estos son Servicios que un proveedor de Servicios de Emergencia indica que son necesarios antes de que pueda irse a casa o de que lo trasladen a un Centro de Atención de la Red para continuar con la atención que necesita.

Una vez que se usted esté Estable, la atención continua ya no se considera una Condición Médica de Emergencia. En ese momento, decidiremos si lo deben transferir a un Centro de Atención de la Red para que reciba atención continua. Es necesario que autoricemos previamente los servicios continuos fuera de la Red para que se cubran. Cuando los aprobemos, ayudaremos a transferirlo a un Centro de Atención de la Red dentro del Área de Servicio.

Los Servicios que No son de Emergencia no estarán cubiertos después de que aprobemos su traslado a un Centro de Atención de la Red. Usted será responsable del

pago de cualquier Tratamiento de Posestabilización si decide permanecer en el Centro de Atención Fuera de la Red.

Aviso al Plan de Salud de la Recepción de Servicios de Emergencia

Le pedimos que, si lo admiten en un Centro de Atención Fuera de la Red o en un hospital que hayamos contratado para proporcionar Servicios de Emergencia, usted o alguien en su nombre nos avise en un plazo de 24 horas o lo antes posible. Llame a **Servicio a los Miembros**.

Exclusiones en los Servicios de Emergencia

El plan no cubre los siguientes servicios:

- La Atención de Rutina que **no** corresponda al tratamiento de una Condición Médica de Emergencia y que proporcione un centro médico de emergencia.
- La atención de seguimiento que no se autorice previamente. Cualquier servicio que necesite después de su Estabilización debe proporcionarlo un Proveedor de la Red; no debe prestarse en un centro médico de emergencia.

Servicios de Atención de Urgencia

Los Servicios de Atención de Urgencia son servicios que no son de Emergencia, que se requieren para prevenir un deterioro grave de su salud y que son necesarios como consecuencia de una enfermedad, lesión o condición imprevista. No necesita Aprobación Previa (Autorización Previa) para la atención de urgencia.

Si usted tiene una enfermedad o lesión y no está seguro de la clase de atención que necesita, nuestros **Enfermeros de Consulta** pueden ayudarle. Están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestros enfermeros de consulta son enfermeros titulados (Registered Nurse, RN) que tienen una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y dar consejos por teléfono, cuando sea pertinente desde el punto de vista médico. A menudo pueden responder preguntas sobre un problema menor o aconsejarle qué pasos seguir. Lo anterior puede incluir programarle una cita o referirlo a un centro de atención de urgencia o a una sala de emergencias.

Servicios de Planificación Familiar

Esta sección lo orienta sobre los Servicios Cubiertos y sobre las Exclusiones en los servicios de Planificación Familiar. Los servicios de Planificación Familiar son servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para prevenir o retrasar el embarazo. Estos servicios no requieren Autorización Previa ni Referencia para ningún proveedor sin importar si son de la Red del Proveedor del CHP+ o no. Puede ser un PCP o un ginecobstetra.

Cubrimos los siguientes servicios de Planificación Familiar:

- Anticonceptivos con receta médica.
- Depo-Provera para fines anticonceptivos.
- Colocación de diafragma o capuchón cervical.
- Inserción y remoción quirúrgica de Implantes Anticonceptivos.
- Colocación, inserción o remoción de un Dispositivo Intrauterino (DIU).
- DIU, diafragmas, Implantes Anticonceptivos y capuchones cervicales que se proporcionen en el consultorio del proveedor.

Exclusiones en los Servicios de Planificación Familiar

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Esterilización quirúrgica (por ejemplo, ligadura de trompas o vasectomía) y servicios relacionados.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Algunos productos anticonceptivos de venta sin receta como espermicidas.
- Asesoramiento genético y pruebas de preconcepción, de paternidad o por orden judicial (por ejemplo, pruebas para determinar el sexo o las características físicas de un bebé no nacido).
- La elección de interrumpir un embarazo (terminación voluntaria) a menos que sea para salvar la vida de la madre o porque el embarazo es el resultado de una violación o del incesto.

Servicios de Educación para la Salud

Proporcionamos citas de educación para la salud para ayudar a adquirir conocimiento sobre las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Además, orientamos sobre el cuidado personal en temas como el manejo del estrés y la nutrición.

Servicios para la Audición

Cubrimos las pruebas y los exámenes de audición de edad para determinar si es necesaria una corrección auditiva. Si se verifica que usted tiene pérdida de la audición, la cobertura incluye:

- Aparatos auditivos iniciales y sus reemplazos con una frecuencia que no supere los 5 años
- Un aparato auditivo nuevo cuando las modificaciones al aparato existente no satisfagan sus necesidades adecuadamente
- Servicios y suministros que incluyen, entre otros, la evaluación inicial, la colocación, los ajustes y el entrenamiento auditivo, que se proporciona de acuerdo con los estándares profesionales aceptados

Atención Médica a Domicilio

Cubrimos los servicios de atención de enfermería especializada, terapia de infusiones en el hogar, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios auxiliares de salud domiciliaria y servicios médico-sociales:

- solo atención de tiempo parcial (tal como se describe a continuación); y
- solo dentro de nuestra Área de Servicio; y
- solo para Miembro elegibles cuando lo ordene un Proveedor de la Red. La atención debe proporcionarse conforme a un plan de Atención Médica a Domicilio establecido por el Proveedor de la Red y el proveedor de los servicios de salud a domicilio aprobado; y
- si un Proveedor de la Red determina que es posible supervisar y controlar de manera eficaz la atención en el hogar.

La Atención de Tiempo Parcial abarca los servicios de enfermería especializada, terapia, trabajo social, auxiliares de salud a domicilio, que no son de custodia, y que requieren un profesional especializado, y que se prestan en menos de 8 horas (combinadas) cada día y 28 o menos horas cada semana.

Nota: Las radiografías, los análisis de laboratorio y los procedimientos avanzados de imagenología no están cubiertos en esta sección (consulte “Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología”).

Exclusiones de la Atención Médica a Domicilio

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Atención de Custodia (no médica). La atención de custodia es aquella que ayuda a realizar las actividades cotidianas (como bañarse, vestirse, ir al baño y comer) o las necesidades personales que podrían realizarse de forma segura y adecuada sin necesidad de conocimientos o formación profesional.
- Servicios para labores domésticas.
- La atención que el Plan de Salud determine que se puede proporcionar de manera adecuada en un Centro de Atención de la Red o en un Centro de Enfermería Especializada.

Special Services Program

Si se le diagnostica una enfermedad terminal con una esperanza de vida de un año o menos, pero no está listo para elegir Cuidados Paliativos, usted es elegible para recibir consultas médicas a domicilio por medio del Special Services Program ("Programa"). Estas consultas no tienen costo hasta que elija la cobertura de Cuidados Paliativos. La cobertura de Cuidados Paliativos se describe a continuación.

Este Programa les da a usted y a su familia tiempo para que se familiaricen con los servicios de un centro de cuidados paliativos y para que decidan lo que es mejor para usted. La opción de participar en este Programa le puede ayudar a prepararse para el final de su vida desde el momento en el que recibe el diagnóstico.

Las diferencias entre este Programa y las consultas regulares de enfermería son las siguientes:

- podría o no estar confinado en casa o necesitar atención de enfermería especializada; o
- podría solo necesitar atención espiritual o emocional. Los servicios disponibles por medio de este Programa los proporcionan profesionales con capacitación específica en lo relacionado con el final de la vida.

Cuidados Paliativos

Cubrimos los Cuidados Paliativos para Miembros con enfermedades terminales dentro de nuestra Área de Servicio. Si un Proveedor de la Red le diagnostica una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis (6) meses o menos, puede elegir Cuidados Paliativos en lugar de los servicios tradicionales que se brindan para la enfermedad.

Si decide recibir los Cuidados Paliativos, no recibirá beneficios adicionales por la enfermedad terminal. Sin embargo, puede continuar recibiendo los beneficios del Plan de Salud para tratar condiciones que no sean la enfermedad terminal.

Cubrimos los siguientes servicios de Cuidados Paliativos y otros beneficios cuando:

- lo indica un Proveedor de la Red y el equipo de Cuidados Paliativos; y
- se recibe una aprobación por escrito de un centro de cuidados paliativos certificado mediante el Plan de Salud:
  - Atención de un médico.
  - Atención de enfermería.
  - Fisioterapia y terapias respiratoria, ocupacional o del habla.
  - Servicios médico-sociales.
  - Servicios de auxiliares de salud domiciliaria y de labores domésticas.
  - Suministros médicos, medicamentos, productos biológicos y aparatos.
  - Medicamentos paliativos de acuerdo con nuestras pautas de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles.
  - Atención del paciente hospitalizado a corto plazo, incluida la atención de relevo y la atención para el control del dolor y el manejo del dolor

agudo y crónico.

- Servicios de asesoramiento y de duelo.
- Servicios de voluntarios.

Servicios de Salud Mental

Los servicios médicos para el tratamiento de la salud mental están cubiertos de la misma manera que para otras condiciones médicas.

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los servicios de salud mental como se indica a continuación.

Servicios Médicos y Hospitalarios

- Cubrimos la hospitalización psiquiátrica en un centro de atención que designe el Plan de Salud. Los Servicios Hospitalarios por trastornos psiquiátricos incluyen todos los servicios de los Proveedores de la Red y de los profesionales de la salud mental, así como los siguientes servicios y suministros que se receten mientras usted sea un paciente en cama registrado:
  - Habitación y alimentación.
  - Atención psiquiátrica de enfermería.
  - Terapia grupal.
  - Terapia electroconvulsiva.
  - Terapia ocupacional.
  - Farmacoterapia y suministros médicos.

Atención Residencial

Cubrimos los servicios de tratamiento residencial en un programa hospitalario, si lo admiten directamente en un programa de tratamiento de hospitalización parcial cuando usted se encuentra hospitalizado.

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos las consultas individuales y grupales, así como las terapias intensivas para pacientes ambulatorios.

Se puede usar un tratamiento de hospitalización parcial en vez de días de hospitalización, si lo aprueba el Plan de Salud.

Además, se cubren las consultas para lo siguiente:

- Control de la farmacoterapia.
- Pruebas psicológicas como parte de la evaluación diagnóstica.

Exclusiones en los Servicios de Salud Mental

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Evaluaciones para fines diferentes al tratamiento de salud mental. Esto incluye evaluaciones para la custodia de menores, alguna discapacidad o aptitud del estado físico para volver al trabajo o al servicio, a menos que un Proveedor de la Red determine que dichas evaluaciones son Necesarias desde el Punto de Vista Médico.
- Servicios de atención mental por orden judicial para que se usen en un proceso legal o como una condición para obtener la libertad bajo palabra o condicional, a menos que un Proveedor de la Red determine que esta atención es Necesaria desde el Punto de Vista Médico.
- Asesoramiento matrimonial y social.
- Servicios que sean de custodia por su naturaleza.

Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación en Pacientes Hospitalizados

Atención para Pacientes Hospitalizados, Atención en un Centro de Enfermería Especializada y Atención Médica a Domicilio

Cubrimos la fisioterapia y la terapia ocupacional y del habla como parte de los beneficios de la Atención para Pacientes Hospitalizados, el Centro de Enfermería Especializada y la Atención Médica a Domicilio si el Proveedor de la Red considera que es posible tener una mejoría importante en un periodo de dos meses.

Atención para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos tres (3) tipos de terapia para pacientes ambulatorios (por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) en un Centro de Atención de la Red si el Proveedor de la Red considera que es posible tener una mejoría importante en un periodo de dos meses. Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+ para obtener más información acerca de los beneficios.

Cubrimos a los niños desde su nacimiento hasta que cumplan su tercer (3.er) año:

- si se diagnostican con retrasos significativos en el desarrollo; o
- tienen una condición física o mental diagnosticada con alta probabilidad de generar retrasos significativos en el desarrollo, conforme a la definición de la ley estatal.

Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+ para obtener más información adicional sobre los beneficios.

Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos hasta 30 días de tratamiento por año mientras sea un paciente hospitalizado en un programa organizado de servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en un centro de atención designado.

Terapias por Defectos Congénitos y Anomalías de Nacimiento

Después de los primeros 31 días de vida se aplican las limitaciones y Exclusiones de esta EOC; sin embargo, cubrimos la Fisioterapia, la Terapia Ocupacional y la Terapia del Habla Necesarias desde el Punto de Vista Médico para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento para los niños, desde el nacimiento y hasta su quinto (5.º) cumpleaños. Cubrimos 90 consultas de terapia por año para una combinación de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Dichas consultas se distribuirán según sea Necesario desde el Punto de Vista Médico a largo del año, sin importar que la condición sea aguda o crónica y sin importar si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

Limitaciones

- La terapia del habla se limita al tratamiento para trastornos del habla debido a lesiones o enfermedades que tengan un origen orgánico específico. Muchas condiciones pediátricas no califican para su cobertura porque no tienen una causa orgánica específica y es posible que duren mucho tiempo o sean de naturaleza crónica.
- La terapia ocupacional se limita al tratamiento para lograr un mejor cuidado personal y otras actividades habituales de la vida diaria.
- Las consultas de terapia del habla para el tratamiento del labio leporino o del paladar hendido no tienen límite si son Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

Exclusiones en los Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación en Pacientes Hospitalizados

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Programas de rehabilitación cardiaca.
- Terapia o atención de mantenimiento después de que el Miembro logre tener una posible rehabilitación.
- Membresías en spas de salud o centros de acondicionamiento físico.
- Cualquier equipo de ejercicio terapéutico indicado para su uso en el hogar.
- Terapias por trastornos del aprendizaje, retrasos en el desarrollo, tartamudeo, o trastornos de la voz o del ritmo.

- Rehabilitación a largo plazo.
- Terapia del habla que no es Necesaria desde el Punto de Vista Médico, como:
  - terapia para la colocación educativa u otro fin educativo; o
  - entrenamiento o terapia para mejorar la articulación ante la ausencia de alguna lesión, enfermedad o condición médica que afecte a la articulación; o
  - tratamiento para interposición de la lengua ante la ausencia de problemas para tragar.

Servicios de Atención Preventiva

Los servicios de atención preventiva son servicios que le ayudan a mantenerse sano o a prevenir enfermedades. Estos servicios no son para tratar enfermedades, lesiones ni condiciones existentes.

Los servicios de atención preventiva incluyen lo siguiente:

- Consultas para el mantenimiento de la salud.
- Consultas de bienestar infantil.
- Evaluaciones de salud mental.
- Consultas para vacunas.
- Pruebas de detección de rutina, como el examen de niveles de colesterol en la sangre, el examen de detección de cáncer colorrectal y la prueba de Papanicolaou.
- Mamografías y exámenes físicos de los senos.
- Pruebas de detección de la próstata.

Cirugía reconstructiva

Cubrimos la Cirugía Reconstructiva si un Proveedor de la Red determina que:

- corregirá una deformidad considerable que haya sido resultado de una lesión o de una cirugía Necesaria desde el Punto de Vista Médico; o
- tratará un defecto, enfermedad, o anomalía congénitos con el fin de mejorar de manera importante la función física; o
- es necesaria para tratar el hemangioma congénito (conocido como manchas de vino de Oporto) en la cara y el cuello.

Cubrimos la reconstrucción del seno después de la extirpación Necesaria desde el Punto de Vista Médico de todo o una parte de este. También cubrimos la cirugía y la reconstrucción del otro seno para proporcionar un aspecto simétrico y el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Exclusiones en Cirugía Reconstructiva

El plan no cubre los siguientes servicios:

- La cirugía plástica u otros servicios y suministros estéticos destinados principalmente al cambio de su apariencia. Esto incluye la cirugía estética relacionada con una cirugía bariátrica.

Atención en un Centros de Enfermería Especializada

Cubrimos hasta 30 días por año de servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada autorizado. Se requiere la Autorización Previa del Plan de Salud. Los servicios especializados para pacientes hospitalizados son aquellos que, por lo general, se proporcionan en un Centro de Enfermería Especializada. No es necesaria una hospitalización previa de tres (3) días en un hospital de atención de problemas médicos agudos. Cubrimos los siguientes servicios:

- Suministros médicos y biológicos
- Atención de enfermería
- Habitación y alimentación
- Servicios médico-sociales
- Sangre, productos derivados de la sangre y su administración

Un Centro de Atención de Enfermería Especializada es una institución que:

- brinda atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializada, o ambos
- presta servicios a diario las 24 horas del día
- está certificado por la ley estatal; y
- cuenta con aprobación por escrito del Plan de Salud

Nota: Los medicamentos están cubiertos, pero no conforme a esta sección. Consulte la sección “Medicamentos, Suministros y Suplementos”.

El DME, las prótesis y los aparatos ortopédicos están cubiertos, pero no conforme a esta sección. Consulte la sección “Equipo Médico Duradero (DME) y Aparatos Protésicos y Ortopédicos”.

Las radiografías, los análisis de laboratorio y los procedimientos avanzados de imagenología están cubiertos, pero no conforme esta sección. Consulte "Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología".

Exclusión en la Atención en un Centro de Enfermería Especializada

El plan no cubre lo siguiente:

- Atención de Custodia, tal como se define en la sección "Servicios que no se pueden obtener a través de Plan de Salud del CHP+ (Exclusiones)".

Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Servicios Médicos y Hospitalarios

Cubrimos los servicios relacionados con el control médico de los síntomas de la abstinencia. Los servicios médicos para la desintoxicación de alcohol y drogas se cubren de la misma manera que para otras condiciones médicas. La desintoxicación es el proceso de eliminar las sustancias tóxicas del cuerpo. Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+.

Servicios de Rehabilitación en un Centro Residencial

Cubrimos los servicios para pacientes hospitalizados y la hospitalización parcial en un programa de rehabilitación en un centro residencial aprobado por el Plan de Salud para el tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la drogadicción. Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+.

Un Proveedor de la Red supervisa la decisión relacionada con la necesidad de recibir servicios de rehabilitación en un centro residencial y la referencia a dicho centro de atención o programa.

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos los servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios para el tratamiento de la dependencia del alcohol o las drogas cuando un Proveedor de la Red hace la remisión. Consulte el Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+.

Cubrimos los Servicios para el trastorno por abuso de sustancias, ya sean voluntarios o por orden judicial dictada en un proceso llevado a cabo por el sistema de justicia penal o de justicia penal para menores. No cubrimos el tratamiento por orden judicial que exceda el alcance de la cobertura de este plan. Cubrimos los servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias cuando:

- sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico; y
- de otro modo, sean Servicios Cubiertos por este plan; y
- los proporcione un Proveedor de la Red.

Se puede usar un tratamiento de hospitalización parcial en vez de días de hospitalización, si lo aprueba el Plan de Salud.

Los servicios de salud mental que se requieran en relación con un tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias se cubren según lo dispuesto en la sección "Servicios de Salud Mental".

Se puede cancelar con causa la inscripción de los Miembros que se comporten de forma disruptiva o abusiva.

Exclusión en los Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias

El plan no cubre lo siguiente:

- Asesoramiento para un paciente que no responda al control terapéutico que el Plan de Salud haya determinado.

Servicios de Trasplante

Los trasplantes se cubren de manera **limitada** de la siguiente manera:

- Trasplantes de médula ósea (célula madre autóloga o alogénica) para la enfermedad de Hodgkin, la anemia aplásica, la leucemia, las enfermedades de inmunodeficiencia, el neuroblastoma, el linfoma, el cáncer de mama en etapas II y III de alto riesgo, y el síndrome de Wiskott-Aldrich.
- De córnea.
- De riñón.
- De hígado.
- De corazón.
- Cardiopulmonares.
- De pulmón (uno o ambos) solamente para la enfermedad pulmonar en etapa terminal.
- Trasplantes de riñón y páncreas al mismo tiempo.
- Rescate de células madre y trasplantes de órganos, tejido o médula ósea cuando se cumplan todos los criterios médicos que desarrolle el Plan de Salud.

Medicamentos Recetados Relacionados

Los medicamentos inmunosupresores recetados a pacientes ambulatorios después de una cirugía y que son necesarios después de un trasplante están cubiertos.

Términos y Condiciones

- El Plan de Salud, el Grupo Médico y los Proveedores de la Red no están obligados a:
  - proporcionar un donante o un órgano donado o una médula ósea o una córnea; o

  - garantizar la disponibilidad de un donante o un órgano donado o una médula ósea o una córnea; o
  - garantizar la disponibilidad o capacidad de los centros de trasplantes referidos aprobados por el Plan de Salud.

- De acuerdo con nuestras pautas para donantes vivos, proporcionamos al donante, o a una persona que el Proveedor de la Red identifique como posible donante, ciertos servicios relacionados con la donación, aunque este no sea Miembro. Estos Servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted. Para obtener información específica sobre su situación, llame a su Coordinador de Trasplante asignado o a las oficinas de trasplantes de Kaiser Permanente.
- Los Proveedores de la Red deben determinar si usted cumple los criterios médicos del Plan de Salud antes de que reciba los servicios.
- Un Proveedor de la Red debe hacer la Referencia por escrito para que lo atiendan en un centro de trasplantes. El centro de trasplantes debe estar en la lista de centros autorizados que seleccionó el Plan de Salud. La Referencia puede ser a un centro de trasplantes fuera de nuestra Área de Servicio. Los trasplantes están cubiertos solamente en el centro que elija el Plan de Salud para realizar el trasplante, incluso si otro centro que se encuentre dentro del Área de Servicio también pudiera realizar el trasplante.
- Después de la Referencia, si el Plan de Salud o el personal médico del centro de referencia determina que usted no cumple los criterios correspondientes del servicio en cuestión, la única obligación del Plan de Salud es pagar los Servicios Cubiertos antes de dicha determinación.

Beneficio de Cantidad Máxima de Cobertura Vitalicia (LTM) en un Trasplante

La Cantidad Máxima de Cobertura Vitalicia (Transplant Lifetime Maximum, LTM) de un Trasplante es el beneficio máximo que paga el Plan de Salud por los Servicios de Trasplante cubiertos.

Pagaremos el costo acumulado de los Servicios de Trasplante que reciba hasta la LTM de un Trasplante de $ 1,000,000 mientras usted se encuentre inscrito en este plan.

Lo siguiente no se aplicará a la LTM de un Trasplante:

- El costo de los medicamentos por el trasplante.
- Los gastos de traslado y hospedaje cubiertos.

Beneficio de Cantidad Máxima por la Búsqueda de un Donante de Médula Ósea

La Cantidad Máxima por la Búsqueda de un Donante de Médula Ósea es el beneficio máximo que paga el Plan de Salud por la búsqueda de un donante de médula ósea.

Pagaremos el costo de la búsqueda de donante de médula ósea hasta por $ 25,000 mientras usted esté inscrito en este plan.

Exclusiones y Limitaciones de los Servicios de Trasplante

El plan no cubre o tiene limitaciones para los siguientes servicios:

- Órganos no humanos y artificiales y su implantación.
- Trasplantes de médula ósea relacionados con quimioterapia en dosis altas debido a tumores de tejido sólido (excepto los trasplantes de médula ósea cubiertos según esta EOC).
- Gastos de viaje y hospedaje.

Para obtener información específica sobre su caso, llame a su Coordinador de Trasplantes asignado o a **las Oficinas Administrativas de Trasplantes**.

Servicios para la Vista

Cubrimos los exámenes de la vista de rutina y los exámenes de refracción ocular para determinar si es necesario corregir la vista y recetar anteojos. Además, cubrimos los exámenes profesionales y la adaptación de lentes de contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico cuando un Proveedor o un optometrista de la Red los recete para una condición médica específica.

Los servicios profesionales para realizar los exámenes y la adaptación de los lentes de contacto que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico se proporcionan con un cargo adicional cuando los obtenga en un consultorio médico de Kaiser Permanente.

Cuando los recete un médico o un optometrista y los obtenga en un consultorio médico de Kaiser Permanente, recibirá un crédito, como se establece en la sección “Servicios Ópticos y para la Vista” del Resumen de Beneficios Cubiertos en el Plan de Salud del CHP+ para comprar un par de:

- anteojos comunes; o
- armazones; o
- lentes de contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Los Servicios Cubiertos incluyen el armazón, el montaje de los lentes en el mismo, y la primera prueba y ajuste del armazón. El crédito solamente se puede usar cuando haga su compra.

Exclusiones en los Servicios para la Vista

El plan no cubre estos servicios y artículos:

- Lentes de contacto que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Los diversos servicios y suministros, como soportes de anteojos, estuches para anteojos, paquetes de reparación, estuches para lentes de contacto, soluciones para la limpieza y humectación de los lentes de contacto, y planes de protección de lentes.
- Todos los servicios relacionados con la cirugía de ojos para corregir defectos refractivos como la miopía, la hipermetropía, o el astigmatismo (por ejemplo, la queratotomía radial, la queratotomía fotorrefractiva y procedimientos similares).
- Terapia ortóptica (entrenamiento del ojo).

Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología

Pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes servicios:

- Las radiografías de diagnóstico y las pruebas de laboratorio, los servicios y materiales, que incluyen, entre otros, isótopos, electrocardiogramas, electroencefalogramas, mamografías y ultrasonidos.
- Servicios y Materiales Terapéuticos de Radiografías.
- Procedimientos Avanzados de Imagenología, como IRM, TC, PET y medicina nuclear. **Nota:** Cada procedimiento independiente que se realice se le facturará a los Miembros. Un procedimiento se define con base en los códigos de facturación médica de la Terminología Actual de Procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) que publica la Asociación Médica Americana cada año.

Pacientes Hospitalizados

Durante la hospitalización, se cubre lo siguiente: radiografías y pruebas de laboratorio recetadas para diagnóstico; servicios y materiales, como radiografías e isótopos de diagnóstico y terapéuticos; electrocardiogramas y electroencefalogramas.

Exclusiones de Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Avanzados de Imagenología

El plan no cubre los siguientes servicios:

- Pruebas de un Miembro para uso o beneficio de alguien que no sea Miembro.
- Pruebas de alguien que no sea Miembro para uso o beneficio de un Miembro.

Coordinación de la atención

Ofrecemos servicios para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de su salud o la de su hijo, llame al Centro de Atención para Citas y Asesoría al **303-338-4545** (TTY **711**).

Servicios que no pueden obtenerse a través del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente (Exclusiones)

Existen algunos servicios que el Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente no cubre. Algunas Exclusiones se encuentran en la anterior sección "Beneficios y servicios" del CHP+.

La lista de Exclusiones que aparece a continuación explica los servicios que no cubre su plan. Esas son Exclusiones generales que se aplican a todos los servicios descritos en esta Guía para Miembros. Las Exclusiones que se aplican únicamente a un Servicio Cubierto en particular se enlistan en la descripción de ese servicio en la sección “Beneficios y servicios”. Usted tiene que pagar los servicios que no están cubiertos.

- **Terapia de Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA)**
- **Servicios Médicos Alternativos.** Servicios de acupuntura, naturopatía, terapia de masaje, servicios quiroprácticos y servicios de quiroprácticos.
- **Problemas de Comportamiento.** Cualquier tratamiento o Servicio para un problema del comportamiento que no está relacionado con un trastorno o enfermedad mental manifiesto.
- **Servicios de Biorretroalimentación y Servicios Relacionados con la misma.**
- **Ciertos Servicios de Maternidad no son Médicamente Necesarios.** Ciertos servicios de maternidad que no son Médicamente Necesarios, incluyendo, entre otros, a: Servicios para el parto a domicilio y Servicios de Doula.
- **Atención de Convalecencia.**
- **Servicios Estéticos.** Servicios que tienen la finalidad principal de cambiar o conservar su apariencia y que no resultarán en una mejora considerable de la función física. Excepción: Los Servicios cubiertos en “Cirugía Reconstructiva”, en la sección “Beneficios y servicios”.
- **Criopreservación.** Cualquiera y todos los servicios relacionados con la criopreservación, incluidos, entre otros, la adquisición y el almacenamiento de semen, esperma, óvulos, materiales de reproducción o embriones.
- **Atención de Custodia.** La Atención de Custodia es

- la asistencia en actividades de la vida cotidiana que incluye, pero no se limita a, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos; o
- atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado.

- **Servicios Dentales.** Servicios y radiografías dentales, que incluyen servicios dentales después de una lesión en los dientes, aparatos dentales, implantes, ortodoncia, trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ), y servicios dentales que sean resultado de y posteriores a un tratamiento médico, como la radioterapia.

  Esta exclusión no se aplica a:

  - servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento del labio leporino y del paladar hendido en recién nacidos cuando los recete un Proveedor de la Red, a menos que el Miembro tenga cobertura para estos servicios en virtud de una póliza o contrato de seguro dental; u
  - hospitalización y anestesia general para servicios dentales, recetados o indicados por un Proveedor de la Red para niños que:
    - tienen una condición física, mental o que pone en riesgo la salud desde el punto de vista médico; o
    - tienen necesidades dentales para las cuales la anestesia local no es efectiva debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergias; o
    - son poco cooperativos, no pueden controlarse, están ansiosos o no se comunican y tienen necesidades dentales que se consideran suficientemente importantes para que no se aplacen; o
    - hayan sufrido un gran trauma orofacial y dental; o
  - la cobertura de salud por una lesión accidental en dientes naturales sanos, si el tratamiento lo proporciona un médico o un dentista certificado legalmente y si dicho tratamiento inició dentro de las 72 horas posteriores a la lesión.
  - A menos que se especifique lo contrario en la presente, el tratamiento del

labio leporino y del paladar hendido para recién nacidos y la hospitalización y anestesia general para servicios dentales debe proporcionarse en un Centro de Atención de la Red o en un Centro de Enfermería Especializada.

- **Donaciones de Sangre Dirigidas.**
- **Suministros Desechables.** Todos los suministros desechables de venta libre para uso doméstico, como apósitos, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes, vendajes elásticos y cualquier otro suministro, vendaje, aparato o dispositivo que no se mencione específicamente que esté cubierto en la sección “Beneficios y servicios”.
- **Cuidados Domiciliarios.** Cuidados que se proporcionan en una institución que no brinde tratamiento, un centro intermedio o una escuela.
- **Servicios Educativos.** Los servicios educativos no son servicios de atención para la salud y no están cubiertos. Algunos ejemplos incluyen:
  - Artículos y servicios para aumentar el conocimiento o las habilidades académicas
  - Educación especial o atención para los problemas del aprendizaje, estén o no relacionados con un trastorno o enfermedad mental manifiestos, incluidos, entre otros, el trastorno por déficit de atención, las discapacidades de aprendizaje y retrasos del desarrollo
  - Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar el desempeño académico
  - Asesoramiento o tutorías académicas para habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo
  - La capacitación de lenguaje que no sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico, y que no forma parte de un plan de tratamiento aprobado y que no depende de ni está supervisada directamente por un Proveedor de la Red que actúa dentro del alcance de su licencia de acuerdo con la ley de Colorado con el fin de abordar impedimentos del habla
  - Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene usted dislexia
  - Pruebas educativas; de habilidades, de aptitudes, de inteligencia o de intereses

- Actividades de enseñanza, o cualquier otro artículo o servicio relacionado con actividades recreacionales, como el arte, la danza, montar a caballo, la música, la natación o la enseñanza interpretativa

- **Responsabilidad del Empleador o del Gobierno.** Responsabilidad financiera por los servicios que un empleador u organismo gubernamental está obligado a proporcionar por ley, que no sean aquellos servicios del **CHP+** que están cubiertos por el Departamento conforme a su programa **CHP+**.

- **Servicios Experimentales o en Fase de Investigación.**

  Se dice que un Servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación para el tratamiento de la afección de un Miembro si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que el Miembro reciba o vaya a recibir el Servicio. El Servicio:

  - no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos; o

  - actualmente está sujeto a la aplicación de un nuevo medicamento o dispositivo en los archivos de la FDA; o

  - se proporciona como parte de ensayos clínicos en Fase I o Fase II, como rama experimental o de investigación de un ensayo clínico en Fase III, o que de otra manera pretenda determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio; o

  - se proporciona conforme a un protocolo escrito u otro documento que menciona una evaluación de la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio entre sus objetivos; o

  - está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) o de otro organismo que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficacia de los servicios; o

  - no ha sido recomendado por el Comité Interregional de Nuevas Tecnologías, la Unidad de Evaluación de Tecnología Médica, o cualquier comité de Kaiser Permanente que revise nuevas tecnologías con base en análisis de estudios clínicos y textos sobre la seguridad y la pertinencia, a

menos que el Plan de Salud lo cubra de otro modo; o

- se proporciona de conformidad con documentos de consentimiento informado que describen el Servicio como experimental o en fase de investigación, o en otros términos que indiquen que el Servicio se está evaluando para comprobar su seguridad, toxicidad o eficacia; o
- es parte de una opinión dominante entre los expertos según se expresa en textos médicos o científicos de autoridad que mencionen que el uso del Servicio debe limitarse a ámbitos de investigación o que es necesario realizar una mayor investigación para determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del servicio.

Las siguientes fuentes de información serán confiables para decidir si un servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación:

- Su expediente médico; y
- Los protocolos escritos u otros documentos según los cuales el Servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar; y
- Todos los documentos de autorización que usted o su representante hayan firmado o vayan a firmar con la finalidad de recibir el Servicio; y
- Los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan la investigación en la institución en la que el Servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar; y
- Los escritos médicos y científicos publicados sobre el Servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión; y
- Los reglamentos, los registros, las solicitudes y otras medidas o documentos emitidos, presentados o tomados por la FDA u otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.

Si dos (2) o más servicios son parte del mismo plan de tratamiento o diagnóstico, todos los servicios serán excluidos si uno de ellos es experimental o se encuentra en fase de investigación. El Plan de Salud consulta al Grupo Médico y después usa los criterios descritos anteriormente

para decidir si un servicio en particular es experimental o se encuentra en fase de investigación.

- **Pruebas genéticas.** El Plan de Salud no cubre las pruebas genéticas a menos que se determine que son Necesarias desde el Punto de Vista Médico y cumplen los criterios del Plan de Salud.
- **Tratamientos para la Pérdida del Cabello.** El Plan de Salud no cubre el tratamiento para la pérdida del cabello, incluso si existe una receta médica o una razón médica para dicha pérdida de cabello.
- **Hipnosis.** El Plan de Salud no cubre servicios relacionados con la hipnosis, ya sea por motivos médicos o de anestesia.
- **Conducta Ilegal.** El Plan de Salud no cubre ninguna pérdida causada por intentar cometer o cometer un delito, ni por involucrarse en una actividad ilegal.
- **Leche Maternizada.**
- **Servicios para la Infertilidad.**
- **Atención Intermedia.** El Plan de Salud no cubre la atención en un centro de atención intermedia.
- **Administración de Casos No Médicos.**
- **Terapia Nutricional.**
- **Artículos para la Comodidad y Conveniencia Personal.**
- **Servicios de Enfermería Privada.**
- **Servicios para el Cuidado Rutinario de los Pies.** El Plan de Salud no cubre los servicios de rutina para el cuidado de los pies que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- **Servicios para Miembros bajo la Custodia de Oficiales del Cumplimiento de la Ley.** El Plan de Salud no cubre los servicios de un Proveedor fuera de la Red que las instituciones de justicia penal proporcionen o coordinen para los Miembros bajo la custodia de oficiales de policía. Esto no se aplica a los servicios cubiertos como Servicios de Emergencia fuera de la Red ni a los Servicios de Atención de Urgencia fuera de la Red.

- **Servicios No Disponibles en nuestra Área de Servicio.** El Plan de Salud no cubre los servicios que no están disponibles general y habitualmente en nuestra Área de Servicio. Esto no se aplica cuando es una práctica médica generalmente aceptada en nuestra Área de Servicio para referir pacientes fuera de dicha Área de Servicio para que reciban el servicio.

- **Servicios Relacionados con un Servicio No Cubierto.** Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con este tampoco están cubiertos. Esto no incluye los servicios que cubriríamos para tratar complicaciones que resultaran de un Servicio No Cubierto.

- **Solicitudes o Requisitos para el Tercero Portador.** Los exámenes físicos, las pruebas u otros servicios que no traten directamente una enfermedad, lesión o condición, y cualquier informe o documentación relacionados con las solicitudes o los requisitos para terceros portadores. Esto incluye, entre otros, los que son para:

  - El empleo
  - Participación en programas de empleo
  - Seguro
  - Discapacidades
  - Licencias
  - Eventos escolares, deportes o campamento
  - Agencias gubernamentales
  - Órdenes judiciales, la libertad condicional o la libertad a prueba
  - Viajes

- **Gastos de Viaje y Hospedaje.** El Plan de Salud no cubre los gastos de viaje y hospedaje. Es posible que paguemos ciertos gastos con nuestra autorización previa como parte de las pautas internas para viaje y hospedaje del Plan de Salud.

- **Servicios y Dispositivos de Tecnología Médica sin Clasificar.** Este Plan de Salud no cubre servicios ni dispositivos de tecnología médica que no estén clasificados como Equipo Médico Duradero o de laboratorio por una Determinación de Cobertura Nacional (National Coverage Determination,

NCD) emitida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a menos que estén cubiertos de otro modo por el Plan de Salud.

- **Centros para el Control del Peso.** Este Plan de Salud no cubre los servicios que se proporcionen en centros para el control del peso.
- **Compensación del Trabajador o Responsabilidad del Empleador.** La responsabilidad financiera por los servicios proporcionados para cualquier enfermedad, lesión o condición, en la medida de un pago o cualquier otro beneficio, incluido cualquier monto recibido como un acuerdo (colectivamente llamado “Beneficio Financiero”), se proporciona por medio de cualquier ley de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador. Proporcionaremos los servicios incluso si no estuviera claro que usted tiene derecho a un Beneficio Financiero, pero podremos recuperar los cargos por dichos servicios de las siguientes fuentes:
    - Cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.
    - Usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinda o es pagadero, o habría sido necesario brindar o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquiera de las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador.

5. Derechos y responsabilidades

Como Miembro de Kaiser Permanente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explicará tales derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye las notificaciones legales a las que tiene derecho como Miembro de Kaiser Permanente.

Sus derechos

Los miembros de CHP+ de Kaiser Permanente tienen los siguientes derechos:

- que se respete su dignidad personal y su necesidad de privacidad
- obtener información de un modo que usted pueda entender fácilmente, como usando un lenguaje sencillo, letra grande, otro idioma o a través de una línea telefónica TTY o TDY.
- analizar las opciones de tratamiento Necesarias Desde el Punto de Vista Médico para su condición, sin tener en cuenta ni el costo ni la cobertura de sus beneficios, con información presentada de manera que sea entendible.
- participar en la toma de decisiones sobre qué es mejor para su atención médica.
- negarse a recibir los tratamientos o procedimientos médicos recomendados.
- que no se le aplique ningún tipo de restricción o aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- obtener una copia de sus historias clínicas o de la de sus hijos, y solicitar que se hagan correcciones.
- que los servicios de atención médica se obtengan de conformidad con las regulaciones de la atención médica federal sobre el acceso y la disponibilidad, la coordinación de la atención y la calidad.
- ejercer estos derechos sin ningún efecto negativo en la manera en la que se le trata.

Sus responsabilidades

Los miembros de CHP+ de Kaiser Permanente tienen las siguientes responsabilidades:

- seguir las instrucciones y pautas de las personas que proporcionan servicios de atención médica.
- proporcionar a su proveedor de atención médica toda la información para poder atenderlo.
- acudir a sus citas para recibir atención y avisar de manera oportuna cuando las cancele.
- leer y entender todos los materiales acerca de su cobertura de atención médica y compartir esta información con su proveedor de atención médica.
- notificarnos en un plazo de 24 horas después de recibir atención de Emergencia sin una Referencia.
- tratar a los proveedores y al personal de Kaiser Permanente con respeto y dignidad personal.

Notificación de Determinación Adversa al Beneficio

Kaiser Permanente le enviará una carta de Notificación de Determinación Adversa al Beneficio (Notice of Adverse Benefit Determination, NABD) si:

- Denegamos o limitamos un tipo o nivel de servicio que solicitó.
- Reducimos, suspendemos o detenemos un servicio que se había aprobado anteriormente.
- Denegamos el pago de alguna parte del servicio.
- No proporcionamos o autorizamos (aprobamos) servicios de manera oportuna, tal como lo exige el estado.
- No actuamos dentro de los plazos requeridos por el estado para resolver quejas y apelaciones y proporcionarle notificaciones.
- Denegamos la solicitud de disputa de responsabilidad financiera (su Copago).

La carta de NABD le informa de todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con la decisión que tomamos. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar

una Apelación. Debe presentar una Apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la que recibió la carta de NABD.

Consulte la sección “Apelaciones” en el Capítulo 6 para obtener información importante sobre cómo presentar su Apelación.

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros

Nosotros, con la aprobación del Departamento, podemos hacer cambios a esta Guía para Miembros en cualquier momento. Le informaremos por escrito y con 30 días de anticipación sobre cualquier cambio sustancial que se realice.

6. Cómo reportar y solucionar problemas

Hay dos clases de problemas que puede tener con Kaiser Permanente:

- Una **Queja** (o **Queja Formal**) es cuando tiene un problema con Kaiser Permanente o con un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibe de un proveedor
- Una **Apelación** es cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir o con un cambio en sus servicios

Tiene el derecho de presentar Quejas Formales y Apelaciones con Kaiser Permanente para informarnos sobre su problema. Esto no significa que renuncia a ninguno de sus derechos y recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos medidas en su contra por presentar una queja. Si nos informa sobre su problema, podremos mejorar la atención para todos los Miembros. Siempre debe comunicarse con Kaiser Permanente para informarnos cuando tenga un problema. Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) para informarnos sobre su problema.

Quejas

Una Queja (o Queja Formal) es cuando tiene un problema o está en desacuerdo con los servicios que está recibiendo de Kaiser Permanente o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una Queja. Con su permiso por escrito, un representante, como su proveedor, puede ayudarle a presentar una Queja.

Puede presentarla en cualquier momento por teléfono, por escrito, en persona o en línea.

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Deberá informar su número de historia clínica, nombre y el motivo de su Queja.

- **Por correo:** Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) y pida que le envíen un formulario. También habrá formularios de Queja disponibles en el consultorio de su médico. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y el motivo de su Queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle. Envíe el formulario a **Customer Experience Department,**
  Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 2500 South Havana Street, Aurora, CO 80014

- **En persona:** Solicite reunirse con alguien del personal de Servicio a los Miembros en las oficinas administrativas de Kaiser Permanente

- **En línea:** Utilice el formulario electrónico en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Máximo 2 días hábiles después de realizar su Queja, le enviaremos una carta para informarle que la estamos atendiendo. En un plazo de 15 días hábiles le enviaremos otra carta para informarle sobre cómo resolvimos su problema.

Puede solicitar más tiempo para resolver el problema y nosotros podemos pedir más tiempo si necesita una extensión. Si se necesita más información, se puede solicitar una extensión de hasta 14 días calendario. Le enviaremos una carta dentro de 2 días calendario si necesitamos más tiempo para resolver su problema y le enviaremos otra carta en cuanto el problema esté resulto o antes de que el periodo de extensión finalice, lo que suceda primero. Tiene el derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo.Si necesita ayuda para llenar su Queja, lo podemos apoyar. Podemos ayudarle a completar formularios, podemos responder preguntas o brindarle servicios o dispositivos auxiliares de idiomas sin costo.Si tiene cualquier pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Apelaciones

Una Apelación es distinta de una Queja. Una Apelación es una solicitud para que Kaiser Permanente revise y cambie una decisión que tomamos sobre una cobertura para un servicio solicitado. Le enviaremos una carta de Notificación de Determinación Adversa al Beneficio (Notice of Adverse Benefit Determination, “NABD”) si:

- Denegamos o limitamos un tipo o nivel de servicio que solicitó.
- Reducimos, suspendemos o detenemos un servicio que se había aprobado anteriormente.
- Denegamos el pago de alguna parte del servicio.
- No proporcionamos o autorizamos (aprobamos) servicios de manera oportuna, tal como lo exige el estado.
- No actuamos dentro de los plazos requeridos por el estado para resolver quejas y apelaciones y proporcionarle notificaciones.
- Denegamos la solicitud de disputa de responsabilidad financiera (su Copago).

Si le enviamos una carta de NABD y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación. Un representante, como su PCP u otro proveedor, puede ayudar a presentar una Apelación por usted, con su permiso por escrito.

Debe presentar una Apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la carta de NABD.

Puede presentar una Apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Deberá informar su número de historia clínica, su nombre y el servicio que está apelando
- **Por correo:** Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) y pida que le envíen un formulario. En el consultorio de su médico también habrá formularios de Apelación disponibles. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y los servicios que está Apelando. Envíe el formulario a: **Member Appeals Program, Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, P.O. Box 378066 Denver Colorado 80237-8066**
- **En persona:** Solicite reunirse con alguien del personal de Servicio a los Miembros en las oficinas administrativas de Kaiser Permanente
- **En línea**: Utilice el formulario electrónico en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

En un plazo de 2 días hábiles a partir de que recibamos su Apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. Para las apelaciones estándares, le enviaremos una carta con nuestra decisión sobre su Apelación en un plazo de 10 días hábiles a partir del día en que recibimos su Apelación.

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que tarda resolver su Apelación podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para funcionar, puede solicitar una Revisión acelerada (Rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llame a Servicios a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**). Tomaremos una decisión dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.

Para apelaciones estándares o aceleradas, podemos extender el tiempo de revisión hasta 14 días calendario si así lo solicita. También podemos ampliar el plazo si necesitamos más información, y si el retraso es lo que más le conviene. Le mandaremos una carta en el plazo de 2 días calendario si necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Le informamos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su condición de salud y antes de que finalice la extensión. Tiene el derecho a presentar una Queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una Revisión Estatal.

Si necesita ayuda con la Apelación, le podemos ayudar. Llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta. Háganos saber si necesita ayuda con servicios o dispositivos auxiliares de idiomas sin costo.

Revisión Estatal

Usted, su proveedor, su representante o el representante del patrimonio de un miembro difunto tienen derecho a solicitar una Revisión Estatal si no están satisfechos con nuestra decisión sobre su Apelación.Una Revisión Estatal (o “Audiencia Estatal Imparcial”) significa que un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) del Estado revisará nuestra decisión sobre su Apelación. Puede tener un representante que le ayude con el proceso y no tiene que pagar por la audiencia de Revisión Estatal.

Usted o su representante debe solicitar una Revisión Estatal en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha en que recibió la carta con nuestra decisión sobre su Apelación.

Puede solicitar la Revisión Estatal por teléfono o por correo postal.

- **Por teléfono:** Llame a la Oficina de Tribunales Administrativos al **303-866-2000**
- **Por correo**: Llene el formulario que se le proporcionará con su aviso de decisión de la Apelación. Envíelo a la siguiente dirección:

  Office of Administrative Courts
  1525 Sherman Street, 4th Floor
  Denver, CO 80203
- **Por fax:** Mande un fax a la Oficina de Tribunales Administrativos al **303-866-5909**

La Oficina de Tribunales Administrativos le enviará una carta en donde le explicarán el proceso de la Revisión Estatal y fijarán una fecha para su audiencia. Usted puede hablar en su propio nombre en la Revisión Estatal, o su representante puede hacerlo. El ALJ revisará nuestra decisión sobre su Apelación. Luego, el ALJ tomará una decisión. Puede tomar hasta 90 días que el juez dictamine sobre su caso. Debemos acatar lo que decida el juez.

Si desea que la Oficina de Tribunales Administrativos tome una decisión acelerada porque el tiempo que lleva una Revisión Estatal podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para funcionar, usted o su representante pueden comunicarse con la Oficina de Tribunales Administrativos y solicitar una Revisión Estatal acelerada (rápida). La Oficina de Tribunales Administrativos debe tomar una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud.

Si necesita ayuda con los servicios de interpretación sin costo, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que tiene CHP+ ha cometido fraude, despilfarro o abuso, es su responsabilidad reportarlo llamando a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

El Fraude, despilfarro y abuso de un proveedor incluyen:

- Falsificación de historias clínicas
- Recetar más medicamentos de los Necesarios desde el Punto de Vista Médico
- Brindar más servicios de atención para la salud de los Necesarios desde el Punto de Vista Médico
- Facturar servicios que no se brindaron
- Facturar por servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio
- Ofrecer artículos y servicios gratuitos o con descuento a los Miembros con el fin de influir en el proveedor que elija el Miembro
- Cambiar al Médico de Cabecera del Miembro sin su conocimiento

El fraude, despilfarro y abuso de una persona que recibe beneficios incluye:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del Plan de Salud a otra persona
- Recibir tratamientos similares o los mismos, o medicamentos de más de un proveedor
- Ir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia
- Usar el número de Seguro Social o de identificación del Plan de Salud de otra persona

Para reportar un fraude, despilfarro y abuso, escriba el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que cometió el Fraude, despilfarro o abuso. Dé tanta información como pueda sobre la persona, como el número de teléfono o la especialidad, si se trata de un proveedor. Dé las fechas de los eventos y un resumen de lo que pasó exactamente.

Si observa posibles indicios de mala conducta, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** (TTY **711**).

7. Disposiciones generales de la póliza

Plan de Acceso

La ley estatal de Colorado exige que esté disponible un Plan de Acceso que describa la red de Servicios de proveedores de Kaiser Permanente de Colorado. Para obtener una copia, llame a **Servicio a los Miembros**.

Acceso a servicios para hablantes de otros idiomas

- **Servicio a los Miembros** proporcionará servicios de interpretación telefónica para ayudar a los Miembros que no hablen inglés o que lo hablen poco.
- Los Proveedores del Plan tienen acceso telefónico a intérpretes de más de 150 idiomas.
- Los Proveedores del Plan también pueden solicitar que un intérprete esté presente en una cita, procedimiento o Servicio.
- Cualquier asistencia por parte de un intérprete que nosotros proporcionemos será sin cargo para el Miembro.

Coordinación de beneficios

Ser elegible para **CHP+** significa que usted no tiene otro seguro médico. Si usted tiene la cobertura de otro seguro válido, ya no será elegible para **CHP+**.

Llame a **Servicio a los Miembros** y al Departamento si tiene otro seguro médico. Si se determina que usted tiene otro seguro médico, su cobertura se cancelará (finalizará). Las excepciones para tener cobertura doble son Medicare y el seguro dental.

Notificación sobre la responsabilidad civil de terceros

Otra persona puede ser responsable del costo de los servicios cubiertos que haya recibido de nosotros en relación con una lesión o enfermedad.

Debe colaborar si descubrimos que otro pagador podría ser responsable. Llame a **303-338-3800** (TTY **711**) si tiene preguntas sobre la responsabilidad civil de terceros.

Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad, seguiremos proporcionándole los servicios cubiertos. Tenemos derecho a cobrarle a un tercero en su nombre y a que nos reembolse el costo por prestarle los servicios cubiertos.

Si un tercero es responsable de realizar los pagos de cualquier servicio cubierto, debe realizar lo siguiente:

- Usted debe reembolsar el monto de beneficios pagados por el Plan de Salud en cualquier acuerdo con el tercero o con la compañía de seguros del tercero.
- Debe notificar por escrito al Plan de Salud sobre su reclamo en contra del tercero.

Debe seguir cualquier norma de un tercero pagador responsable antes de recibir Servicios que No sean de Emergencia.

Contratos con los Proveedores de la Red

A los Proveedores de la Red se les paga de varias formas, como sueldo, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, tarifas por servicio y pago de incentivos. No hay incentivos económicos para propiciar las denegaciones de cobertura o servicios que tengan como consecuencia una disminución en el uso de los servicios. Si desea obtener más información sobre cómo se les paga a los Proveedores de la Red por brindar o gestionar la atención médica y hospitalaria para los Miembros, llame a **Servicio a los Miembros**.

Nuestros contratos con los Proveedores de la Red especifican que usted no es responsable de ningún monto que adeudemos. Sin embargo, es posible que usted sea responsable del costo de los Servicios No Cubiertos que reciba por parte de proveedores que no pertenecen a la Red. Si cancelamos nuestro contrato con un Proveedor de la Red mientras está bajo su cuidado, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Servicios Cubiertos que reciba de ese proveedor

mientras hacemos los arreglos necesarios para que otro Proveedor de la Red le brinde los Servicios, y le notificaremos sobre esto.

Limitaciones

Es posible que haya eventos que causen un retraso o la cancelación de sus Servicios Cubiertos. Algunos ejemplos incluyen grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, incapacidad de una gran parte del personal del Centro de Atención de la Red, la destrucción total o parcial de los centros de atención, conflictos laborales que no involucren al Plan de Salud ni al Colorado Permanente Medical Group. Nos esforzaremos por proporcionarle los Servicios Cubiertos o por hacer los arreglos necesarios para que reciba los Servicios Cubiertos.

En estos casos, el Plan de Salud y Colorado Permanente Medical Group no serán responsables de ningún retraso o falla al proporcionar los Servicios Cubiertos. En caso de un conflicto laboral que involucre al Plan de Salud o a Colorado Permanente Medical Group, podríamos posponer su atención hasta que se resuelva el conflicto si es seguro retrasar su atención sin perjudicar su salud.

Embarazo por Encargo de Terceros

El Embarazo por Encargo de Terceros es cuando una mujer acepta quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o pareja que se harán cargo de criarlo. En caso de que usted reciba un pago por un Embarazo por Encargo de Terceros, el Plan de Salud buscará obtener el reembolso de los Servicios Cubiertos que reciba. Esto incluye los Servicios relacionados con la concepción, el embarazo o el parto. Este monto no excederá el pago que recibió por el embarazo por encargo de terceros.

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Kaiser Permanente lleva a cabo un proceso riguroso para supervisar y evaluar la evidencia clínica de nuevas tecnologías médicas que consta de tratamientos y pruebas.

Leyes aplicables

Esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) se regirá por las leyes federales y las de Colorado y puede cambiarse si estas leyes lo requieren.

No Discriminación

No discriminamos a las personas en nuestras prácticas de empleo ni al proporcionar Servicios de atención médica con base en la viabilidad financiera, la edad, la raza, el color, la nacionalidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado de salud o incapacidades físicas o mentales.

Notificaciones

Le enviaremos cualquier notificación a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Los Miembros que cambien de domicilio deben llamar a **Servicio a los Miembros** lo antes posible para darnos su nueva dirección.

Prácticas de Privacidad

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). También exigimos a los proveedores contratados que protejan su PHI. La PHI es la información de salud que incluye su nombre, número de seguro social u otra información que revela su identidad. En general, usted puede acceder a su PHI, obtener copias de ella, actualizarla o enmendarla, y pedirnos que justifiquemos la revelación de ciertos datos incluidos en ella. También puede solicitar recibir información confidencial en una dirección diferente o por otro método.

Es posible que usemos o revelemos su PHI para fines relacionados con el tratamiento, el pago y las actividades asociadas con la atención médica. Esto incluye mejoras en la calidad. A veces, la ley nos exige que divulguemos su PHI a organismos del gobierno o para cumplir con una acción legal. No utilizaremos ni revelaremos su PHI para ningún otro fin sin su permiso (o el de su representante), salvo como se describe en nuestro documento *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* (consúltelo más adelante). Darnos permiso depende de usted.

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. Nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad*, que ofrece información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a la PHI, se le proporcionará si lo solicita. Para solicitar una copia en papel, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar el aviso en un consultorio médico de Kaiser Permanente o en nuestro sitio web, kp.org/espanol.

Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer

De acuerdo con la "Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998" y según lo que se determinó al consultar al médico adjunto y a la paciente, proporcionamos la siguiente cobertura después de una mastectomía:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica (equilibrada).
- Prótesis (reemplazos artificiales).
- Servicios por complicaciones físicas que sean resultado de la mastectomía.

8. Números importantes y palabras clave

Números de teléfono importantes

- Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente:
  - Inglés **303-338-3800** o línea gratuita **1-800-632-9700**
    (y más de 150 idiomas a través de servicios de intérpretes)
  - TTY **711**
- Citas y Asesoría de Kaiser Permanente **303-338-4545** o **1-800-218-1059** (TTY **711**)
- Supervisión de Utilización de Servicios en Kaiser Permanente **1-877-895-2705**
- Oficinas de Trasplantes de Kaiser Permanente **303-636-3131**
- Inscripción a Health First Colorado **303-839-2120** o línea gratuita **1-888-367-6557**
- Servicio al Cliente del CHP+ **1-800-359-1991**

Sitios web importantes

- Sitio web del CHP+ de Kaiser Permanente

  kp.org/Colorado-CHP (haga clic en "Español")

- Sitio web del CHP+

  hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus (en inglés)

- PEAK es una forma fácil y rápida para que los habitantes de Colorado obtengan respuestas a sus preguntas sobre elegibilidad

  Colorado.gov/peak (haga clic en "Español")

Palabras clave

Aparato Ortopédico: Un dispositivo utilizado como apoyo o corrección unido de forma externa al cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo muy lesionada o enferma y que es Necesario desde el Punto de Vista Médico para la recuperación médica del Miembro.

Aparato Protésico: Un dispositivo artificial unido al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

Apelación: Una solicitud de un Miembro para que Kaiser Permanente revise y modifique una decisión tomada sobre una cobertura para un servicio solicitado.

Aprobación Previa (o Autorización Previa): Su PCP debe recibir una aprobación del Plan de Salud antes de que usted reciba determinados servicios. El Plan de Salud aprobará únicamente los servicios que usted necesita. No aprobaremos los servicios prestados por Proveedores o Centros de Atención Fuera de la Red si consideramos que usted puede obtener servicios comparables o más adecuados a través de Proveedores de la Red. Una Referencia no es una aprobación. Debe obtener la Autorización Previa del Plan de Salud para algunos servicios. Una Autorización Previa está limitada a un Servicio, un tratamiento, una serie de tratamientos y un periodo específicos.

Área de Servicios: El área geográfica del Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y el condado de Jefferson. Debe vivir dentro de esta área para inscribirse y permanecer inscrito en el Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente.

Atención Médica a Domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Atención para Pacientes Ambulatorios: Cuando no debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención para Pacientes Hospitalizados (Hospitalización): Cuando debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Biológico: Medicamento producido a partir de un organismo vivo y utilizado para tratar o prevenir enfermedades.

Biosimilar: Un medicamento muy similar a uno biológico ya aprobado.

Capitación: Cuando a algunos proveedores se les paga un monto establecido cada mes por cada Miembro. A esto se le llama pago por Capitación.

Centro de Atención de la Red: Cualquier centro de atención enlistado en nuestro Directorio de Proveedores (Provider Directory) que forme parte de nuestra Red. Esto no incluye a los centros de atención con contrato únicamente para proporcionar Servicios de Referencias. Los Centros de la Red están sujetos a cambios sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Centros de Atención de la Red, llame a Servicio a los miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700** (TTY **711**) o encuentre el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/Colorado-CHP** (haga clic en "Español") en el apartado de Recursos del CHP+. Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, llame a Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Centro de Atención Fuera de la Red: Un centro que no pertenece a la Red de Proveedores del CHP+.

Centro de Enfermería Especializada: Un lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas del día que solo pueden brindar profesionales de la salud capacitados.

Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, "FQHC"): Un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Cirugía Reconstructiva: Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica o mental con síntomas tan intensos, como un trabajo de parto activo o dolor intenso, que una persona con conocimientos comunes de salud y medicina podría considerar razonablemente que, si no recibe atención médica inmediata, podría:

- Poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer
- Causar daños a una función corporal
- Causar que una parte o un órgano del cuerpo no funcionen bien

Condición Médica Urgente: Una condición médica que tiene el potencial de convertirse en una Condición Médica de Emergencia a falta de tratamiento.

Continuidad de la Atención: La capacidad de un Miembro del Plan de Salud del CHP+ de seguir recibiendo servicios de su proveedor existente bajo determinadas situaciones sin interrumpir el servicio, si el proveedor y el Plan de Salud están de acuerdo.

Copago: Los copagos son una cantidad en dólares que usted paga para recibir un servicio o un medicamento en específico.

Cuidados de Rutina: Servicios y atención preventiva, consultas para el bienestar infantil o atención, como la atención de seguimiento de rutina. El objetivo de los Cuidados de Rutina es prevenir problemas de salud.

Cuidados paliativos: Atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un Miembro con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de no más de 6 meses).

Cuidados Paliativos: Los cuidados para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los Miembros con enfermedades graves.

Diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and periodic screening, diagnostic and treatment, “EPSDT”): Los servicios EPSDT son beneficios para los Miembros del CHP+ menores de 21 años para mantener su salud. Los Miembros deben someterse a las revisiones médicas que corresponden a su edad y a los exámenes adecuados para detectar problemas de salud y tratar las enfermedades a tiempo.

Directorio de Proveedores: Una lista de médicos, hospitales, farmacias, asistentes médicos, enfermeros certificados u otros profesionales o centros de atención médica autorizados, certificados o registrados que han celebrado un contrato de servicios profesionales con nosotros para prestar Servicios Cubiertos a nuestros Miembros del Plan de Salud del CHP+.

El Plan de Salud del CHP+ de Kaiser Permanente (Plan de Salud): Kaiser Foundation Health Plan, Inc. es una empresa sin fines de lucro de Colorado. En esta Guía para Miembros, “nosotros”, "nos" o “nuestro” se refiere a Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, "DME"): Equipo que es Necesario desde el Punto de Vista Médico y que su médico u otro proveedor indica que debe usar. Nosotros decidimos si se debe alquilar o comprar un DME. Los costos de alquiler no deben ser mayores que el costo de compra.

Especialista: Un médico que trata ciertas clases de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico ofrece tratamiento para huesos fracturados; un alergólogo trata alergias y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, necesitará una Referencia de su PCP para ver a un Especialista.

Fraude: Un acto intencional para engañar o tergiversar por parte de una persona que sabe que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para la persona o para alguien más.

Políticas y Financiamiento de Atención Médica (Health Care Policy and Financing, HCPF): El Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado (el Departamento). Es la oficina del Estado que supervisa el programa CHP+.

Indígena estadounidense: Un individuo, definido en el título 25 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), secciones 1603(c), 1603(f), 1679(b), o que se ha determinado que es elegible, como indígena, de acuerdo con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), sección 136.12 o el Título V de la Ley de Mejora de la Atención Médica para los Indígenas, para

recibir servicios de atención sanitaria de proveedores de atención sanitaria para indígenas (Servicios de Salud para los Indígenas [Indian Health Service, IHS], una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana [Indian Tribe, Tribal Organization, or Urban Indian Organization, I/T/U]) o a través de la referencia en virtud de los Servicios de la Salud por Contrato.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., y Colorado Permanente Medical Group. Kaiser Permanente es un plan de salud para el CHP+.

Lista de Medicamentos Recetados Disponibles: Una lista de medicamentos o artículos aprobados para los Miembros del Plan de Salud del CHP+ que cumplen ciertos requisitos.

Medicamentos Recetado: Un medicamento que, para ser vendido legalmente, requiere una receta médica de un proveedor con licencia, a diferencia de un medicamento de venta libre (Over The Counter, “OTC”), que no requiere una receta médica.

Médico de Cabecera ("PCP"): Un médico, una práctica de grupo de médicos o un profesional de la salud debidamente certificado, que ha celebrado un contrato de servicios profesionales para atender a los Miembros de Kaiser Permanente, y que ha sido asignado por Kaiser Permanente, y seleccionado por el Miembro como el proveedor que realizará la atención médica de rutina del Miembro y supervisará o coordinará la prestación de todos los Servicios Cubiertos Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el Miembro.

Miembro: Cualquier beneficiario elegible del CHP+ inscrito en Kaiser Permanente que tiene derecho a recibir los Servicios Cubiertos. En esta Guía para Miembros, “usted” hace referencia al Miembro.

Necesario desde el Punto de Vista Médico (o **Necesidad Médica):** Un servicio es Necesario desde el Punto de Vista Médico si:

- No es más restrictivo que el que se utiliza en el programa Medicaid de Colorado, incluidos los límites de tratamiento cuantitativos y no cuantitativos, como se indica en los estatutos y reglamentos de Colorado, en el plan Health First Colorado y en otras políticas y procedimientos de Colorado.
- La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, de la afección o del trastorno de un miembro que resulte en problemas de salud o incapacidad.

- La capacidad de un miembro para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados para su edad.
- La facultad de un miembro para alcanzar, mantener o recuperar la capacidad funcional.
- Es consistente con los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la condición médica del Miembro.
- Es consistente con las normas aceptadas de las prácticas médicas.
- No es experimental, no está en fase de investigación, no está sin comprobarse, no es inusual o no es habitual.
- No es únicamente para propósitos estéticos.
- No es únicamente para la conveniencia del Miembro, del médico o de otro proveedor.
- Es el nivel de atención más apropiado que se le puede proporcionar al Miembro de manera segura.
- No proporcionar el Servicio cubierto afectaría de manera adversa la salud del Miembro.
- Cuando se trata de la atención para pacientes hospitalizados, Necesario desde el Punto de Vista Médico se refiere, además, a los Servicios Cubiertos que no se pueden proporcionar de manera segura en un entorno ambulatorio.

El hecho de que un proveedor pueda recetar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio no hace que el servicio sea Necesario desde el Punto de Vista Médico.

Notificación de Determinación Adversa al Beneficio Carta ("NABD"): Le enviaremos una carta si:

- Denegamos o limitamos un tipo o nivel de servicio que solicitó.
- Reducimos, suspendemos o detenemos un servicio que se había aprobado anteriormente.
- Denegamos el pago de alguna parte del servicio.

- No proporcionamos o autorizamos (aprobamos) servicios de manera oportuna, tal como lo exige el estado.
- No actuamos dentro de los plazos requeridos por el estado para resolver quejas y apelaciones, y proporcionarle notificaciones.
- Denegamos la solicitud de disputa de responsabilidad financiera (su Copago).

Esta carta es conocida como Notificación de Determinación Adversa al Beneficio (Notice of Adverse Benefit Determination, “NABD”)

Planificación Familiar: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para la Planificación Familiar, como servicios para evitar o retrasar el embarazo.

Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”): Un proveedor o programa de atención médica operado por el Servicio de Salud para los Indígenas (IHS) o por una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana.

Proveedor de la Red: Un médico u otro profesional de atención de la salud certificado que está contratado en el Plan de Salud para ofrecer Servicios Cubiertos a los Miembros en el momento en que un Miembro recibe atención. Esto no incluye a los proveedores que tienen contrato solamente para servicios de Referencias. Es posible que los Proveedores de la Red cambien durante el transcurso del año.

Proveedor Fuera de la Red: Un proveedor que no pertenece a la Red de Proveedores del CHP+.

Queja Formal: La expresión de falta de conformidad verbal o escrita de un Miembro en relación con Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o de los servicios proporcionados. Una “Queja” significa lo mismo que “Queja Formal”.

Queja: Una expresión escrita o verbal de un Miembro acerca de su falta de conformidad sobre Kaiser Permanente, un proveedor, o la calidad de la atención o de los servicios proporcionados. Una “Queja” significa lo mismo que “Queja Formal”.

Red de Proveedores del CHP+ (Red): Un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por Kaiser Permanente para brindar atención.

Referencia: Documento de un proveedor que recomienda o autoriza a un Miembro a recibir servicios adicionales. Cuando su médico de atención primaria indique que usted necesita servicios cubiertos que no están disponibles con nosotros, puede solicitar

recibir atención de otro proveedor. Algunos Servicios Cubiertos requieren una Referencia y una Aprobación Previa. La Referencia debe contar con la aprobación del Plan de Salud. No todas las Referencias se aprueban. Si usted no recibe una aprobación por escrito, es probable que tenga que pagar los servicios que reciba. Consulte el Capítulo 3 ("Cómo obtener atención") para obtener más información sobre los servicios que requieren Referencias o Aprobación Previa.

Seguro Médico: La cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al asegurado por los gastos causados por una enfermedad o una lesión, o que paga directamente al proveedor de la atención.

Servicio de Salud para la Población Indígena: Una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que es responsable de brindar servicios de salud a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska.

Servicio No Cubierto: Un servicio que Kaiser Permanente no cubre.

Servicios Cubiertos: Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y Exclusiones del contrato del CHP+ y el Plan de Salud, según se indique en esta Guía para Miembros y en cualquier otra enmienda.

Servicios de Atención de Posestabilización: Servicios Cubiertos relacionados con una Condición Médica de Emergencia que se prestan después de que se estabiliza al Miembro con el fin de mantener la condición estabilizada o, en las circunstancias descritas en el título 42 del C.F.R. § 438.114(e), para mejorar o resolver la condición del Miembro.

Servicios de Atención de Urgencia: Los servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o condición que no es de emergencia y que requiere atención médica. Puede recibir Atención de Urgencia en un Centro de Atención Dentro de la Red o Fuera de la Red.

Servicios de Emergencia: La atención proporcionada por un médico (o por el personal bajo indicación de un médico según lo permitido por la ley) para averiguar si existe una Condición Médica de Emergencia, y que es un servicio Necesario desde el Punto de Vista Médico para que usted esté clínicamente estable dentro de las capacidades del centro de atención.

Servicios de Habilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.

Servicios de Rehabilitación: Servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o enfermedades crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas.

Servicios de Salud Mental Ambulatorios: Servicios para pacientes ambulatorios para Miembros con trastornos de salud mental, que incluyen:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un trastorno mental
- Servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico
- Consultas de psiquiatría
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios

Servicios de un Médico: Los servicios que brinda una persona con licencia según la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía, que no incluyen los servicios que ofrecen los médicos cuando se le ingresa en un hospital.

Servicios Excluidos (Exclusiones): Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente o por el programa CHP+ de Colorado; Servicios No Cubiertos.

Transporte Médico de Emergencia: Traslado en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

KAISER PERMANENTE®

Facturación sorpresa: Conozca sus derechos

Desde el 1.º de enero de 2020, la ley estatal de Colorado lo protege de las "facturaciones sorpresa". Este tipo de facturación, también conocida como "facturación del saldo", puede ocurrir cuando usted recibe servicios cubiertos, que no sean los de ambulancia, de parte de proveedores fuera de la red en Colorado. **Esta ley no se aplica a todos los planes de salud y, en ocasiones, tampoco a los proveedores fuera de la red que no estén ubicados en Colorado. Esta ley puede aplicarse al plan de salud si usted tiene la designación "CO-DOI" en su tarjeta de identificación.**

¿Qué es la facturación sorpresa o del saldo? ¿Cuándo ocurre?

Usted es quien debe pagar los importes de costo compartido obligatorios del plan de salud, entre ellos, los copagos, los deducibles o el coseguro. Si lo atiende un proveedor o usa servicios en un hospital u otro tipo de centro de atención que estén **fuera** de la red del plan de salud, es posible que tenga que pagar costos adicionales relacionados con esa atención. Para referirse a estos proveedores o servicios en hospitales u otros de centros de atención también se usa el término "fuera de la red".

Generalmente los hospitales, centros de atención o proveedores fuera de la red le facturan a usted la diferencia entre lo que Kaiser Permanente considera que es el cargo correspondiente y lo que el proveedor fuera de la red le factura como cargo total. Esto se llama facturación “sorpresa” o “de saldos”.

Cuándo NO corresponde una facturación del saldo:

Servicios de Emergencia

Lo máximo que pueden facturarle por servicios de emergencia cuando recibe atención médica de este tipo suelen ser los importes de costos compartidos dentro de la red del plan, es decir, los copagos, los deducibles o los coseguros. No pueden enviarle una facturación del saldo por otro importe. Esto corresponde al centro de emergencia y a los proveedores que lo atienden durante la atención de emergencia.

Servicios que no son de emergencia en Centros de Atención Dentro y Fuera de la Red

El hospital o el centro de atención deben informarle si se encuentra en un lugar fuera de la red o dentro de ella que cuente con proveedores que no pertenezcan a la red. También deben explicarle cuáles son los tipos de servicios que pueden brindar los proveedores fuera de la red.

Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores dentro de la red le proporcionen todos los servicios médicos con cobertura. Sin embargo, quizás tenga que recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red si no hay un proveedor de la red disponible. Cuando esto ocurre, la cantidad máxima que pueden facturarle por servicios **con cobertura** es el importe del costo compartido dentro de la red (copagos, deducibles o coseguros) que le corresponde. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo a usted.

Protecciones Adicionales

- Kaiser Permanente les pagará directamente a los centros de atención y a los proveedores que no pertenezcan a la red. De nuevo, usted debe pagar únicamente el costo compartido de la red que le corresponda por los servicios cubiertos.
- Kaiser Permanente sumará todos los importes que usted pague por servicios de emergencia o por algunos servicios fuera de la red (mencionados anteriormente) en el deducible **de la red** y el límite de gastos de bolsillo.
- El proveedor, hospital o centro de atención deben reembolsar los pagos en exceso en los 60 días posteriores a la denuncia del pago en exceso.
- Un proveedor, un hospital o cualquier otro tipo de centro de atención no pueden pedirle que limite estos derechos ni que renuncie a ellos.

Si recibe servicios de un centro de atención, hospital o proveedor fuera de la red en cualquier OTRA situación, es posible que reciba una facturación del saldo o que deba pagar la totalidad de la factura. Si recibe servicios que no sean de emergencia de parte de un centro de atención o de un proveedor fuera de la red de manera intencional, también podrá recibir una facturación del saldo.

Si recibe una factura por importes que no correspondan a los copagos, deducibles o al coseguro, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o comuníquese con la División de Seguro al **303-894-7490** o al **1-800-930-3745 (TTY 711)**.

Información sobre ambulancias: Es posible que le facturen el saldo por los servicios de ambulancia de emergencia que reciba si el proveedor de los servicios de ambulancia es una agencia contra incendios financiada con fondos públicos, pero la ley estatal contra la facturación del saldo se aplica en los casos de empresas privadas que no sean agencias contra incendios financiadas con fondos públicos. Los servicios de ambulancia que no son de emergencia, como el traslado en ambulancia entre hospitales, no están sujetos a la ley estatal contra la facturación del saldo. Por lo tanto, si recibe dichos servicios y no cuentan con la cobertura de Kaiser Permanente, pueden facturarle el saldo.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles

- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

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

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانا. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Ɓaɛ̌ɔɔ Wùɖù (Bassa) Dè ɖɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ Ɓàsɔ́ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀ jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓɛ́ìn m̀ gbo kpáa. Ɖá **1-800-632-9700** (TTY **711**)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700**（TTY **711**）。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با **1-800-632-9700** (TTY **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịịrị gị. Kpọọ **1-800-632-9700** (TTY **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-632-9700**（TTY **711**）まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-800-632-9700** (TTY **711**).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700**)TTY: **711**(फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY **711**).