



Kaiser Permanente **PROGRAMA HEALTHCHOICE DE MARYLAND**

2025

GUÍA PARA MIEMBROS

kp.org/medicaid/md/es

Revisado el 1.º de septiembre de 2025

 KAISER PERMANENTE®

¡Hola!

Estimado(a) miembro:

¡Bienvenido(a) a Kaiser Permanente! Muchas gracias por elegirnos. Queremos ayudarle a mantenerse saludable. Además, estamos aquí para atenderlo cuando se enferma o se lesiona. Esta guía para miembros es una orientación sobre los beneficios y procesos de Kaiser Permanente. Está pensada para los miembros o sus tutores legales.

Hay varias razones por las que Kaiser Permanente es especial y diferente de otros planes de salud.

En primer lugar, la mayoría de los miembros de Kaiser Permanente reciben atención de médicos del Mid-Atlantic Permanent Medical Group (MAPMG).

Los médicos del MAPMG, que incluyen médicos de atención primaria y **especialistas**, tienen sus consultorios en nuestros centros médicos y trabajan en conjunto.

La mayoría de nuestros centros médicos incluyen servicios de farmacia, laboratorio y rayos-X, todo en un solo lugar. Esto hace que sea fácil y sencillo obtener atención.

En segundo lugar, nuestros servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7).

Contamos con **Atención de Urgencia** disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en centros médicos ubicados en Largo, South Baltimore y Gaithersburg, además de otros centros de **Atención de Urgencia**.

Contamos con enfermeros de consulta que trabajan junto con los médicos del MAPMG y que también están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede recibir consejos si llama al Centro de Llamadas para Citas y Consejos al **855-632-8278** cada vez que necesite hablar con un enfermero de consulta.

En tercer lugar, tenemos un sitio web que está conectado con su historia clínica electrónica y que permite que usted:

- Envíe correos electrónicos a su médico del MAPMG.
- Programe citas en centros de atención de Kaiser Permanente.
- Consulte los resultados de muchas pruebas de laboratorio.
- Pida que le vuelvan a surtir medicamentos en las farmacias de Kaiser Permanente.
- Lea sobre afecciones médicas.
- Haga y aprenda mucho más.

Puede acceder a estos servicios desde una computadora o desde un teléfono inteligente, a cualquier hora.

Nos alegra que nos haya elegido como su aliado en el cuidado de la salud, y esperamos tener la oportunidad de ayudarle a mantenerse saludable, a estar bien y a VIVIR BIEN.

Gracias por ser miembro de Kaiser Permanente.



1. Comuníquese

A. Servicio de Idiomas

¿Necesita información en un formato accesible o en otro idioma? Vaya a las páginas 73 y 74.

Usuarios de TTY

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Retransmisión de Maryland | Llamen al 711 |
|---------------------------|----------------------|

Emergencia médica

| | |
|--|---------------------|
| Para tratamiento de emergencia que ponga en riesgo la vida | Llame al 911 |
|--|---------------------|

Para coordinar **atención de urgencia o de emergencia**, llame a su proveedor de atención médica primaria.

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

| | |
|--|---------------------------------------|
| 4000 Garden City Dr, Hyattsville, MD 20785 | 855-249-5019 (TTY 711) |
|--|---------------------------------------|

| | |
|------------|--|
| Sitio web: | kp.org/espanol |
|------------|--|

Coordinador de necesidades especiales

202-570-8800

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| Servicios después del horario normal | 855-632-8278 |
|--------------------------------------|---------------------|

| | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| Preguntas sobre los beneficios | 855-249-5019 (TTY 711) |
|--------------------------------|---------------------------------------|

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Servicio al Cliente | 855-249-5019 (TTY 711) |
|---------------------|---------------------------------------|

| | |
|-------------|---------------------------------------|
| Facturación | 855-249-5019 (TTY 711) |
|-------------|---------------------------------------|

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Coordinación de Beneficios | 855-249-5019 (TTY 711) |
|----------------------------|---------------------------------------|

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Administración de Cuidados | 855-249-5019 (TTY 711) |
|----------------------------|---------------------------------------|

| | |
|---|---------------------------------------|
| Supervisión de Utilización de Servicios | 855-249-5019 (TTY 711) |
|---|---------------------------------------|

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| Departamento de Inscripción | 855-249-5019 (TTY 711) |
|-----------------------------|---------------------------------------|

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Servicios de farmacia | 855-249-5019 (TTY 711) |
|-----------------------|---------------------------------------|

| | |
|---|---------------------|
| Farmacia de pedido por correo en Maryland | 800-700-1479 |
|---|---------------------|

Servicios Especializados de Salud del Comportamiento y de Abuso de Sustancias

| | |
|---|---|
| Línea de ayuda para suicidios y crisis: | Llame o envíe un mensaje de texto al 988 |
|---|---|

| | |
|---|---------------------|
| Sistema Público de Salud del Comportamiento de Maryland | 800-888-1965 |
|---|---------------------|

Servicios Dentales

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Healthy Smiles Dental Program | 855-934-9812 |
|-------------------------------|---------------------|

Medicaid de Maryland

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Línea de ayuda de HealthChoice | 800-284-4510 |
|--------------------------------|---------------------|

| | |
|--|---------------------|
| Línea de ayuda para mujeres embarazadas y planificación familiar | 800-456-8900 |
|--|---------------------|

| | |
|--|-----------------------------|
| Línea telefónica directa de ayuda de servicios para beneficiarios de Medicaid y acceso a farmacias | 410-767-5800 o 800-492-5231 |
|--|-----------------------------|

Maryland Health Connection

Para solicitar o renovar Medicaid, informar un cambio y para consultar avisos importantes.

| | |
|---------------------|---------------------|
| Apoyo al consumidor | 855-642-8572 |
|---------------------|---------------------|

| | |
|---|---|
| Visite el sitio web y busque la opción para iniciar sesión en su cuenta | marylandhealthconnection.gov (en inglés) |
|---|---|

B. Si necesita que alguien pueda llamar y hablar en su nombre.

Debe presentar la solicitud por escrito. Puede completar un formulario de representante autorizado (Authorized Representative form). Este formulario permite que Kaiser Permanente se comunique con una persona que no sea usted.

Su representante autorizado puede ser un familiar, un amigo, un proveedor de servicios o un abogado. Para obtener más información, llame al servicio al cliente.

C. Cómo Comunicarse con el Departamento de Salud en Su Área

| Condado | Número de Teléfono Principal | Número de teléfono de transporte | Número de teléfono de la Unidad Administrativa de Coordinación de la Atención Médica (Administrative Care Coordination Unit, ACCU) |
|----------------------|-------------------------------------|---|---|
| Allegany | 301-759-5000 | 301-759-5123 | 301-759-5094 |
| Anne Arundel | 410-222-7095 | 410-222-7152 | 410-222-7541 |
| Ciudad de Baltimore | 410-396-4398 | 410-396-7633 | 410-649-0500 |
| Condado de Baltimore | 410-887-2243 | 410-887-2828 | 410-887-8741 |
| Calvert | 410-535-5400 | 410-414-2489 | 410-535-5400, ext. 360 |
| Caroline | 410-479-8000 | 410-479-8014 | 410-479-8189 |
| Carroll | 410-876-2152 | 410-876-4813 | 410-876-4941 |
| Cecil | 410-996-5550 | 410-996-5171 | 410-996-5130 |
| Charles | 301-609-6900 | 301-609-6923 | 301-609-6760 |
| Dorchester | 410-228-3223 | 410-901-2426 | 410-901-8167 |
| Frederick | 301-600-1029 | 301-600-3124 | 301-600-3124 |
| Garrett | 301-334-7777 | 301-334-7727 | 301-334-7771 |
| Harford | 410-838-1500 | 410-638-1671 | 410-942-7999 |
| Howard | 410-313-6300 | 877-312-6571 | 410-313-7323 |
| Kent | 410-778-1350 | 410-778-7025 | 410-778-7035 |
| Montgomery | 240-777-0311 | 240-777-5899 | 240-777-1635 |
| Prince George | 301-883-7879 | 301-856-9555 | 301-856-9550 |
| Queen Anne | 410-758-0720 | 443-262-4462 | 443-262-4456 |
| St. Mary | 301-475-4330 | 301-475-4296 | 301-475-4330 |
| Somerset | 443-523-1700 | 443-523-1722 | 443-523-1758 |
| Talbot | 410-819-5600 | 410-819-5609 | 410-819-5600 |
| Washington | 240-313-3200 | 240-313-3264 | 240-313-3229 |
| Wicomico | 410-749-1244 | 410-548-5142 | 410-543-6942 |
| Worcester | 410-632-1100 | 410-632-0092 | 410-629-0614 |

2. Cómo empezar a utilizar Kaiser Permanente

Usted se ha inscrito en un plan de atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice. Aunque Kaiser Permanente ofrece beneficios integrales bajo este plan de salud, el programa Medicaid de Maryland cubre directamente algunos de sus beneficios, como la salud del comportamiento y la atención dental. Lea cuidadosamente este manual para obtener más información y para saber cómo acceder a sus beneficios.

Asegúrese de elegir a su proveedor de atención médica primaria (primary care provider, PCP), quien le ayudará cuando necesite un referido o una **autorización previa** para un procedimiento, tratamiento o medicamento.

Antes de obtener servicios de cualquier proveedor de atención médica, compruebe si tal proveedor forma parte de nuestra **red**, excepto en caso de emergencia. Visite nuestro **directorío de proveedores** en kp.org/doctors (haga clic en "Español").

Siempre estamos aquí para ayudarla. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura o su atención médica, llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **855-249-5019 (TTY 711)**.

A. Tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente

Le enviaremos por correo postal una tarjeta de identificación de miembro. Cada miembro tiene su propio número de identificación.

Necesitará su tarjeta de Kaiser Permanente y su tarjeta de Asistencia Médica roja y blanca para todos los servicios de atención para la salud. También necesitará sus tarjetas al recoger un medicamento recetado en la farmacia. Lleve siempre ambas tarjetas con usted.

Muestre ambas tarjetas cuando un proveedor le pregunte sobre su seguro médico. Si dispone de otra cobertura de seguro médico, también deberá presentar esa tarjeta. Consulte **Otros Seguros**.

Nunca permita que otra persona utilice su tarjeta de Medicaid o de Kaiser Permanente.

B. Tarjeta perdida o robada

Informe de inmediato la pérdida o el robo de su tarjeta y solicite una nueva. Llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Para informar la pérdida o el robo de una tarjeta de identificación de Medicaid roja y blanca, llame a Servicio para Beneficiarios al **1-800-492-5231**.

Otros nombres para su plan de salud de Medicaid

- HealthChoice
- Cobertura de salud
- Organización para la atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO)
- Plan de atención médica administrada

Independientemente de cómo se refieran a nosotros, somos Medicaid.



C. Tarjeta de identificación de miembro de muestra de Kaiser Permanente


KAISER PERMANENTE
Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

PARTICIPANT IN MARYLAND HEALTHCHOICE

KP MEDICAL RECORD NUMBER
42322385
WALKY, ASIA

MEDICAID ID NUMBER
12345678912

CENTER
D

DOB
05/05/2020

PRIMARY CARE PHYSICIAN
NEWSTADT, JUSTIN P

Pharmacy BIN: 610084
 Pharmacy Group: KP038

Medical Advice: (800) 777-7904
 Pharmacy PCN: DRMDPRKAIS
 Pharmacy Copay: \$0

This card is for identification only. Possession of this card confers no right to services or benefits unless the holder is a member complying with all provisions of an applicable agreement.

kp.org MDH 03100-MD-MED (01/21)

If you have a medical emergency, call 911 or go to the nearest emergency room.

Medical Advice/Appts/Cancel Appts (24 hours a day) **TTY**
 Toll Free (800) 777-7904 711


If you are unsure of your condition and require immediate medical advice, call (800) 677-1112.

Member Services Contact Center: **TTY**
 Toll Free (855) 249-5019 711
 Pharmacy Helpdesk (800) 788-2949 711
 Optum Maryland (800) 888-1965 711
 HealthChoice Enrollee Help Line (800) 284-4510 711
 Adult Dental Center (855) 208-6316 711

Claims for services must be submitted to:
 Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States Inc.
 PO Box 371860, Denver, CO 80237-9998 EDI Payor ID: 52095

Providers: For authorizations, contact Utilization Management at (800) 810-4766
 Call Medical Advice as soon as possible after you have an emergency hospital admission.

D. Tarjeta de identificación de miembro de muestra de Medicaid



STATE OF MARYLAND
MEDICAID PROGRAM

IDENTIFICATION NO. PROVIDER

BIRTH YEAR

MEDICAID NO. INS VCN

E. Regístrese en el Portal para Miembros

Visite kp.org/nuevosmiembros. Puede registrarse para crear una cuenta o iniciar sesión para actualizar su cuenta existente. Necesitará su número de historia clínica, que se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro.

Visite nuestro portal seguro para miembros para obtener más información sobre sus beneficios, cambiar su proveedor de atención primaria, buscar otros proveedores, ver el historial de servicios y mucho más.

F. Elija Su Proveedor de Atención Médica Primaria (PCP)

Cuando se une a Kaiser Permanente, debe elegir un **PCP** de nuestra **red** de proveedores. Si no elige un PCP, nosotros lo haremos por usted.

Visite nuestro **directorio de proveedores** en kp.org/doctors para encontrar un médico **dentro de la red** que sea adecuado para usted. Puedes buscar por:

- Nombre
- Ubicación
- Lenguaje
- y mucho más.

Usted y los miembros de su familia pueden elegir el mismo PCP o uno diferente. Para los miembros de 21 años o menos, pueden elegir un proveedor certificado del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (**Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT**)

Si necesita ayuda para encontrar un PCP o cualquier otro proveedor de servicios médicos, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

G. Cómo Cambiar Su Proveedor de Atención Médica Primaria

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si cambia de PCP, infórmanos de inmediato. Llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

H. Atención de Urgencia y Atención de Emergencia después del horario normal

Sepa a dónde ir y cuándo

Elija el lugar adecuado para recibir atención médica según sus necesidades.



Consultorio Médico

- Tos o resfriado
- Fiebre
- Pruebas de detección
- Dolor constante
- Exámenes médicos de rutina
- Si algo le preocupa
- Pérdida de peso inexplicable



Centro de Atención de Urgencia

- Gripe (influenza) o fiebre
- Enfermedad o lesión leve
- Posible fractura de huesos
- Dolor de garganta, dolor de oído o infecciones de los ojos
- Lesiones deportivas
- Torceduras y distensiones
- Vómitos o diarrea



Sala de Emergencias

- Dolor o presión en el pecho
- Convulsiones o episodios de convulsiones
- Dificultad para respirar
- Envenenamiento
- Lesiones graves en la cabeza, el cuello o la espalda.
- Hemorragia grave
- Quemaduras graves
- Fracturas graves de hueso
- Agresión sexual
- Inconsciencia



Índice

| | |
|---|----|
| 1. Comuníquese | 1 |
| A. Servicios de Idiomas | 1 |
| B. Si necesita que alguien pueda llamar y hablar en su nombre | 2 |
| C. Cómo Comunicarse con el Departamento de Salud Local | 2 |
| 2. Cómo empezar con Kaiser Permanente | 3 |
| A. Tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente | 3 |
| B. Tarjeta perdida o robada | 3 |
| C. Tarjeta de identificación de miembro de muestra de Kaiser Permanente | 4 |
| D. Tarjeta de identificación de miembro de muestra de Medicaid | 4 |
| E. Regístrese en el Portal para Miembros | 4 |
| F. Elija Su Proveedor de Atención Médica Primaria (PCP) | 5 |
| G. Cómo Cambiar Su Proveedor de Atención Médica Primaria | 5 |
| H. Atención de Urgencia y Atención de Emergencia después del horario normal | 5 |
| 3. Resumen | 11 |
| A. ¿Qué es Medicaid? | 11 |
| B. Entendiendo Medicaid y HealthChoice | 11 |
| C. Cómo renovar su cobertura de Medicaid | 11 |
| D. Informar Cambios | 12 |
| E. Mantenga Siempre Su Información de Contacto Actualizada | 12 |
| F. Cómo Renovar su Cobertura, Informar Cambios o Actualizar Su Información de Contacto con Maryland Health Connection | 12 |
| 4. ¿Qué está cubierto? | 13 |
| A. Beneficios Esenciales | 13 |
| B. Beneficios Esenciales: Para Todos los Miembros | 13 |
| C. Beneficios Esenciales: Miembros de 21 años o menos | 17 |
| D. Beneficios Esenciales: Mujeres Embarazadas | 19 |
| E. Beneficios Esenciales: Miembros con Necesidades Especiales | 25 |
| F. Otros Beneficios Cubiertos | 27 |
| G. Otros Beneficios Cubiertos: Todos los Miembros | 27 |
| H. Otros Beneficios Cubiertos: Miembros de 21 años o menos | 29 |
| I. Beneficios de Valor Añadido | 29 |

| | |
|---|----|
| 5. Servicios adicionales que ofrece Kaiser Permanente | 30 |
| 6. Programas prenatales y posparto | 32 |
| 7. Programas de Educación para la Salud | 35 |
| 8. Qué no está cubierto | 37 |
| 9. Servicios de Prevención y Atención de la Diabetes..... | 38 |
| A. Beneficios para Miembros con Diagnóstico de Diabetes | 38 |
| B. Beneficios para Miembros con Diagnóstico de Prediabetes..... | 39 |
| 10. Preservación de la Fertilidad..... | 40 |
| 11. Atención para la Afirmación de Género..... | 41 |
| 12. Servicios de VIH y SIDA | 43 |
| 13. Atención a Largo Plazo | 44 |
| A. Servicios de Centros de Atención a Largo Plazo | 44 |
| B. Beneficios Esenciales: Atención a Largo Plazo | 44 |
| C. Otros Beneficios Cubiertos: Atención a Largo Plazo..... | 45 |
| 14. Servicios de farmacia y medicamentos recetados | 47 |
| A. Lista de Medicamentos Preferidos | 47 |
| 15. Telesalud y Nuevas Tecnologías | 48 |
| 16. Servicios de Cuidado de la Vista | 49 |
| A. Adultos mayores de 21 años: | 49 |
| B. Niños y jóvenes menores de 21 años | 49 |
| C. Miembros con Diabetes | 49 |
| 17. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)..... | 50 |
| 18. Autorreferido Médico | 51 |
| 19. Continuidad de la Atención de Salud | 52 |
| A. Transferencia de una preautorización | 52 |
| 20. Cobertura Fuera del Área de Servicio | 53 |
| 21. Otro Seguro..... | 54 |
| 22. Cambio de planes de atención médica administrada..... | 55 |
| 23. Cancelación de la Afiliación | 57 |
| A. Cuándo Podría Finalizar su Cobertura de Kaiser Permanente..... | 57 |
| B. Cuándo Podría Finalizar su Cobertura de Medicaid | 57 |

| | |
|---|----|
| 24. Explicación de Beneficios o Aviso de Denegación de Pago | 58 |
| 25. Derechos y protecciones en la facturación de Medicaid | 59 |
| 26. Atención Preventiva para Adultos | 60 |
| A. Recomendaciones de Atención Preventiva para Adultos | 60 |
| B. Atención Médica General | 60 |
| C. Evaluaciones y procedimientos | 60 |
| D. Vacunaciones | 61 |
| E. Conozca sus Antecedentes Familiares | 62 |
| F. Acceda a sus Registros Oficiales de Vacunas | 62 |
| 27. Atención para el Bienestar Infantil | 63 |
| A. Prueba de Intoxicación por Plomo en Sangre | 63 |
| B. Programación de las Consultas de Bienestar Infantil | 63 |
| C. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan vacunas para niños desde el nacimiento hasta los seis años | 64 |
| 28. Guías de Práctica de Kaiser Permanente | 65 |
| 29. Derechos y Responsabilidades | 66 |
| 30. Privacidad y Confidencialidad | 68 |
| 31. Declaración Afirmativa de Administración de la Utilización de Servicios | 69 |
| 32. Cómo Presentar una Queja, Queja Formal o una Apelación | 70 |
| A. Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia estatal imparcial está pendiente | 70 |
| B. Cómo Presentar una Queja, Queja Formal o una Apelación | 70 |
| C. Más Ayuda con una Queja, Queja Formal o Apelación | 72 |
| D. Cuando la Decisión de Su Apelación es a Su Favor | 73 |
| 33. Opiniones de los Miembros | 74 |
| 34. No Discriminación | 75 |
| 35. Dominio Limitado del Inglés (Limited English Proficiency, LEP) | 76 |
| 36. Fraude, Despilfarro y Abuso | 78 |
| 37. Glosario de Términos | 79 |



3. Información General

A. ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa público de seguro médico. Se trata de un seguro médico gratuito o de bajo costo para adultos, niños, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidad que cumplan los requisitos y tengan bajos ingresos. Es el programa de atención médica más grande de Estados Unidos.

En Maryland, Medicaid cubre a aproximadamente 1.6 millones de personas. Casi uno de cada cuatro habitantes de Maryland obtiene su seguro médico a través de Medicaid. La mitad de los beneficiarios son niños. A nivel local, la gente también lo llama Asistencia Médica (Medical Assistance).

B. Entendiendo Medicaid y HealthChoice

- El **Departamento de Salud de Maryland** es la parte del gobierno estatal que supervisa la salud pública.
- **Medicaid** forma parte del Departamento de Salud de Maryland. Medicaid proporciona seguro médico gratuito o de bajo costo para personas con bajos ingresos. Medicaid paga por los servicios de atención para la salud que usted recibe de los proveedores médicos.
- **HealthChoice** es el nombre del programa de atención médica administrada de Medicaid en Maryland. Solo las organizaciones para la atención médica administrada (Managed Care Organizations, MCO) que forman parte del programa HealthChoice pueden trabajar con Medicaid y con usted. Puede elegir su MCO para recibir su atención médica ¡porque se trata de Su salud y su decisión!
- Una **organización para la atención médica administrada, o MCO**, es una compañía de atención médica o un plan de salud. Una MCO firma un contrato con el Departamento de Salud de Maryland para proporcionarles servicios de salud cubiertos bajo Medicaid.
- **Maryland Health Connection** es el mercado oficial de seguros médicos de Maryland. Es donde se inscribe en Medicaid. Maryland Health Connection se encarga de la documentación necesaria para obtener Medicaid. Cuando se inscriba en Medicaid a través de ellos, deberá elegir una compañía de atención médica.
- **Los proveedores de la red de la MCO** son los médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con el plan de atención médica que usted elija para proporcionarle la atención que necesita.

C. Cómo renovar la cobertura de Medicaid

Deberá renovar su cobertura de Medicaid cada 12 meses. Cuando renueva su solicitud, lo que también se conoce como volver a solicitar, redeterminación o recertificación, Medicaid verifica sus ingresos para asegurarse de que sigue cumpliendo los requisitos. Algunos programas de Medicaid también verifican sus bienes.

- Medicaid se comunicará con usted cuando llegue el momento de renovar su cobertura. Recibirá una notificación por correo postal o en su cuenta en línea si tiene la opción documentos sin papel. Tendrá 60 días para responder. Renueve la cobertura antes de la fecha límite para no perder su cobertura.
- La mayoría de las personas renovarán su cobertura a través de Maryland Health Connection. Podrá renovar la cobertura a través del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) si tiene 65 años o más, es ciego o discapacitado, o participa en un programa de servicios comunitarios y en el hogar.
- Es posible que Medicaid renueve automáticamente su cobertura. Recibirá una notificación si lo hacen. No tiene que llenar ni enviar ningún formulario cuando le renuevan automáticamente la cobertura. Esto se debe a que pudieron verificar su elegibilidad utilizando otras fuentes. Si no pueden renovar automáticamente su cobertura, le enviarán una carta o un correo electrónico para solicitarle que presente una solicitud y le explicarán cómo hacerlo.

D. Informar cambios

Informe un cambio en sus ingresos o domicilio dentro de los 10 días. Puede perder su cobertura si no lo hace. Los cambios que debe informar incluyen:

| | | |
|--|---|---|
| | Cambios en la familia y el hogar | <ul style="list-style-type: none"> • Se casa o se divorcia • Tener un hijo, adoptar un hijo o dar un hijo en adopción o en cuidados de crianza • Agregar, perder o convertirse en dependiente • Cambio en el estado civil a efectos fiscales |
| | Cambios en materia de Salud y Discapacidad | <ul style="list-style-type: none"> • Quedar embarazada • Experimentar un cambio en el estado de discapacidad |
| | Cambios en los Ingresos y Financieros | <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos cambios en los ingresos • Ciertos cambios en los recursos para personas mayores de 65 años, invidentes o con discapacidad. |
| | Cambios en la Residencia y la Ciudadanía | <ul style="list-style-type: none"> • Mudarse a Maryland o desde Maryland, o mudarse dentro de Maryland a otro condado o a la ciudad de Baltimore. • Cambio de ciudadanía o estado migratorio • Cambio en el estado de Indígena Estadounidense, Nativo de Alaska o del estado tribal. |
| | Cambios legales | <ul style="list-style-type: none"> • Encarcelamiento o liberación del encarcelamiento |

Si no está seguro de si debe informar un cambio, llame a Maryland Health Connection al **855-642-8572**.

E. Mantenga Siempre Su Información de Contacto Actualizada

Muchas cosas pueden cambiar en un año, como por ejemplo, su información de contacto. Actualice su dirección, número de teléfono o correo electrónico de inmediato para seguir recibiendo información importante sobre su cobertura de Medicaid.

F. Cómo Renovar su Cobertura, Informar Cambios o Actualizar Su Información de Contacto con Maryland Health Connection

- Inicia sesión en su cuenta de **Maryland Health Connection**.
- Llame al **855-642-8572**.
- En persona, en su **Departamento de Servicios Sociales** local o en su **Departamento de Salud Local**.

4. ¿Qué está cubierto?

Existen tres tipos de beneficios cubiertos:

1. **Beneficios esenciales:** Todos los planes de salud de atención médica administrada deben cubrir estos beneficios. Recibirá estos beneficios independientemente del plan de salud de atención médica administrada al que pertenezca.
2. **Otros beneficios cubiertos:** Medicaid de Maryland cubre algunos beneficios directamente. Ningún plan de atención médica administrada cubre estos beneficios. Para obtener más información, consulte **Otros Beneficios Cubiertos**.
3. **Beneficios de Valor Añadido de Kaiser Permanente:** Se trata de beneficios que ofrecemos que van más allá de los **Beneficios Esenciales** y otros beneficios cubiertos por Medicaid de Maryland. Para obtener más información, consulte **Beneficios de Valor Añadido**.

A. Beneficios Esenciales

Todas las organización para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. Algunos beneficios son para todos los miembros, mientras que otros son solo para ciertos miembros, como los menores de 21 años, las mujeres embarazadas o las personas con necesidades especiales.

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un servicio médico cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico** para obtener más información.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **855-249-5019** (TTY **711**).

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte **Otros Beneficios Cubiertos** y **Beneficios de Valor Añadido** de Kaiser Permanente.

B. Beneficios Esenciales: Para Todos los Miembros

Audiología

- Evaluar y tratar la pérdida de audición y los problemas de oído.
- Los miembros mayores de 21 años pueden ser elegibles para dispositivos auditivos. Hable con su proveedor para obtener más información.

Sangre y productos derivados de la sangre

Sangre o componentes sanguíneos que se administran a un paciente por diversas razones y tratamientos.

Administración de Casos, Administrador de Casos

Los profesionales médicos, conocidos como administradores de casos, pueden ayudarle a usted y a su familia a evaluar, planificar, coordinar, monitorear y organizar los servicios de salud para satisfacer sus necesidades y lograr la mejor salud posible. Puede elegir si quiere trabajar con un administrador de casos o no.

Kaiser Permanente puede asignarle un administrador de casos al inscribirse con nosotros o poco después. Su administrador de casos puede ser un enfermero titulado, un trabajador social u otro profesional de la salud. Su administrador de casos:

- Desarrollará un plan de atención:
 - Un plan de atención es un formulario que enumera las afecciones de salud de una persona y los tratamientos actuales que recibe, y que elabora su equipo de atención.
 - Usted y las personas a las que permite que le ayuden forman parte de su equipo de atención. Puede ser un familiar, un amigo, un abogado u otro representante.
- Actualice su plan de atención al menos cada 12 meses o cuando sea necesario.
- Lleve un registro de los servicios de atención médica que necesita y recibe.
- Hablaremos con usted sobre sus opciones y las ayudas que tiene disponibles.
- Ayudará a que los médicos que le brinden tratamiento colaboren entre sí.

Ensayos Clínicos

Es posible que usted sea elegible para participar en estudios de investigación que prueban nuevos tratamientos en pacientes. Debe tratarse de un ensayo clínico aprobado para el tratamiento de una enfermedad que ponga en riesgo la vida. Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica primaria o llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Servicios de Prevención y Atención de la Diabetes

Consulte **Servicios de Prevención y Atención de la Diabetes**.

Diálisis

Un tratamiento para la enfermedad renal que utiliza una máquina para filtrar los desechos y el agua de la sangre, tal como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Consulte **Autorreferido Médico**.

Es posible que usted sea elegible para el **Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (Rare and Expensive Case Management, REM)** si está recibiendo diálisis.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros médicos desechables (Disposable Medical Supplies, DMS)

- **Los DME** son artículos como muletas, andadores y sillas de ruedas que se utilizan a diario o durante un largo período de tiempo.
- **Los DMS** incluyen artículos como materiales para la toma de muestras de sangre con punción digital, apósitos para heridas y productos para la incontinencia, que son de un solo uso y **luego se desechan**.
- **Puede requerir autorización previa.**

Atención de Emergencia, Servicios de Emergencia

Para obtener atención de emergencia, acuda a la Sala de Emergencias (Emergency Room, ER) del hospital más cercano. Si cree que el problema pone en riesgo la vida, llame al 911.

- No se necesita **autorización previa** ni referido para la atención de emergencia.
- Puede visitar cualquier hospital o centro de atención de emergencia para obtener atención de emergencia.
- Un servicio de emergencia es cualquier servicio de atención para la salud destinado a evaluar o tratar una **emergencia médica**.

- Ejemplos de **emergencia médica** son:
 - Síntomas de un ataque cardíaco: dolor de pecho, falta de aire, sudores y náuseas.
 - Sangrado abundante
 - Sangrado durante el embarazo
 - Quemadura grave
 - Pérdida del conocimiento
 - Dificultad para respirar
 - Envenenamiento
 - Dolor de cabeza intenso o mareos
- Consulte **Transporte Médico de Emergencia y Servicios de Atención de Postestabilización**.

Planificación familiar

La cobertura de planificación familiar incluye:

- Visitas al consultorio
- Pruebas de laboratorio
- Píldoras y dispositivos recetados para el control de la natalidad
- Preservativos de látex: se venden en farmacias, no se necesita receta médica
- Anticonceptivos de emergencia: disponibles en farmacias, no se necesita receta médica
- Esterilización voluntaria: solo con proveedores **dentro de la red** y con **autorización previa**
 - La esterilización es un procedimiento médico que impide la reproducción o el embarazo. Para las mujeres, consiste en atarse las trompas, también llamada ligadura de trompas, y para los hombres, en la vasectomía.
- No se necesita un referido para elegir un proveedor de planificación familiar, excepto en el caso de la esterilización. Consulte **Autorreferido Médico**.

Atención en el hospital

- Atención para pacientes internos
 - La Atención para pacientes internos (hospitalizados) consiste en la atención médica o el tratamiento que se recibe en un hospital durante una o más noches.
 - Requiere **autorización previa** para la hospitalización y atención programadas.
 - **No se requiere autorización previa para la atención de emergencia.**
 - Consulte **Atención Hospitalaria, Atención para pacientes internos (hospitalizados) - Maternidad y Atención a Largo Plazo**.
- Atención a Pacientes Ambulatorios
 - La atención a pacientes ambulatorios es la atención médica o el tratamiento que se recibe en un hospital, pero sin necesidad de pernoctar en él.
 - Algunos servicios para pacientes ambulatorios pueden requerir **autorización previa**.
 - Kaiser Permanente solo cubre hasta 24 horas de observación.

Servicios de laboratorio y diagnósticos

Pruebas de laboratorio y servicios de diagnóstico, como radiografías, para ayudar a determinar la causa de su problema de salud.

Oxígeno y equipo respiratorio

Equipo médico para personas que tienen dificultad para respirar. Consulte **Equipo Médico Duradero**.

Servicios de farmacia y medicamentos recetados

Consulte **Servicios de Farmacia y Medicamentos Recetados** y la **Lista de Medicamentos Preferidos de Kaiser Permanente**.

Cirugía plástica y restauradora

- Solo cubre la cirugía para reconstruir, modificar o reparar una parte del cuerpo que no tiene una forma normal o que presenta una forma inusual debido a una enfermedad, un trauma, una malformación congénita o un desarrollo anómalo.
- No cubre la cirugía plástica, estética o reconstructiva cuyo objetivo sea mejorar la apariencia física y que no sea **necesaria desde el punto de vista médico**.

Podiatría

- Tratamiento para problemas o afecciones de los pies
- Cuidado rutinario de los pies para miembros mayores de 21 años que padecen una enfermedad vascular que afecta su cuerpo desde la cadera hasta los dedos de los pies.
 - Las enfermedades vasculares afectan a las venas, las arterias y los capilares.
- Consulte **Servicios de Prevención y Atención de la Diabetes**.

Servicios de Atención de Postestabilización

Todos los servicios cubiertos relacionados con una **afección médica de emergencia** que se presten después de que el paciente se haya estabilizado. Consulte **Atención de Emergencia, Servicios de Emergencia**.

Atención primaria

Atención médica básica que brinda su proveedor principal. Su proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, PCP) puede ser un médico, un enfermero con práctica médica, un **especialista** en enfermería clínica o un asistente médico profesional. Su PCP también le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención para la salud. Consulte **Autorreferido Médico**.

Salud Primaria Del Comportamiento

- Los **Servicios Primarios para la Salud del Comportamiento** son servicios básicos de salud mental que brinda su PCP u otro proveedor de Kaiser Permanente.
- Para obtener información sobre otros servicios de salud mental, consulte **Servicios para la Salud del Comportamiento**.

Servicios especializados/Atención especializada

- Un **especialista** tiene capacitación en un área específica de la medicina. Algunos **especialistas** solo tratan a un determinado grupo de pacientes.
- Es posible que necesite un referido de su PCP antes de poder consultar con un **especialista**.

Trasplantes

- Procedimiento quirúrgico que consiste en extirpar tejido vivo o un órgano de una persona, el donante, y trasplantarlo a otra persona viva, el receptor.
- Ningún trasplante experimental.

Atención de Urgencia / Centros de Atención de Urgencia

- Acuda a un centro de **atención de urgencia** cuando necesite atención médica de inmediato, pero solo para afecciones que no pongan en riesgo su vida. **No se necesita referido ni autorización previa.**
- Debe acudir a un centro de atención de urgencia **dentro de la red** de su seguro, de lo contrario, podría recibir una factura por los servicios. Consulte el **directorío de proveedores** en kp.org/doctors para obtener más información.

Cuidado de la Vista

Consulte **Servicios de Cuidado de la Vista**.

C. Beneficios Esenciales: Miembros de 21 años o menos

Todas las organización para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios son solo para personas de 21 años o menos.**

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un servicio médico cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**. No hay **copago** por los **medicamentos recetados** cubiertos para las personas menores de 21 años. Para obtener más información, consulte **Servicios de Farmacia y Medicamentos Recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Utilice el **directorío de proveedores** en kp.org/doctors para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico

El Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (**Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT**) proporciona servicios de atención para la salud integral y preventiva para garantizar que los niños y adolescentes reciban los servicios preventivos, dentales, de salud mental y especializados adecuados.

¿Qué son los servicios EPSDT?

- **Temprano:** Evaluar y detectar problemas en una fase temprana.
- **Periódico:** Revisar la salud de los niños a intervalos periódicos y apropiados para su edad.
- **Detección:** Realización de pruebas de detección física, mental, del desarrollo, dental, auditiva, visual y de otro tipo para identificar posibles problemas.
- **Diagnóstico:** Realización de pruebas diagnósticas para hacer un seguimiento cuando existe un riesgo.
- **Tratamiento:** Controlar, corregir o reducir los problemas de salud que se detecten.

Para saber si el médico de su hijo es un proveedor certificado por el **EPSDT** o para encontrar uno, visite nuestro **directorío de proveedores** en kp.org/doctors o llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Servicios Cubiertos por el EPSDT de Kaiser Permanente

- Servicios de Diagnóstico
- Servicios para la audición
- Vacunas
- Prueba de detección de plomo
- Servicios de detección
- Tratamiento
- **Servicios de Cuidado de la Vista.**

Servicios cubiertos por el EPSDT de Medicaid de Maryland

- Salud del Comportamiento
- Servicios Dentales
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia del habla

Servicios del Centro de Salud Escolar

Los centros de salud escolares son como tener una consulta médica dentro de la escuela. Los médicos y otros profesionales de la salud certificados por el **EPSDT** brindan servicios de salud preventivos y de atención médica primaria en el lugar. **No todas las escuelas cuentan con un centro de salud escolar.** Consulte **Autorreferido Médico**.

Los niños que asisten a escuelas que cuentan con un centro de salud escolar pueden recibir los siguientes servicios en dicho centro:

- Atención para el bienestar infantil
- Vacunas
- Seguimiento de las consultas de los servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) según sea necesario
- Servicios de planificación familiar, consulte Autorreferido médico

Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica

Los niños que necesitan atención médica especial tienen o corren un mayor riesgo de padecer afecciones físicas, del desarrollo, del comportamiento o emocionales crónicas. Necesitan servicios de salud y servicios relacionados que sean más numerosos y diferentes a los que necesitan sus compañeros. Para obtener más información, consulte **Beneficios Esenciales: Miembros con Necesidades Especiales**.

Una necesidad especial de atención médica puede incluir discapacidades físicas, intelectuales y del desarrollo, así como afecciones médicas de larga duración, tales como asma, diabetes, un trastorno sanguíneo o distrofia muscular.

Estos niños también pueden necesitar servicios de **atención a largo plazo** o pueden ser elegibles para el **Programa de Administración de Casos Raros y Costosos**.

Algunos niños pueden ser elegibles para otros programas o exenciones de servicios de Medicaid basados en el hogar y la comunidad. Para obtener más información, llame a nuestro **coordinador de necesidades especiales** al **202-570-8800**.

Los servicios cubiertos para niños que necesitan atención médica especial incluyen:

- Administración de casos Consulte **Administración de Casos, Administrador de Casos.**
- **Servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)**
- **Servicios especializados/Atención especializada**

Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**.

Proveedores Fuera de la Red

En ocasiones, los niños que necesitan atención médica especial pueden consultar con un **especialista** que no forma parte de nuestra **red**. Es posible que pueda utilizar un proveedor especializado **fuera de la red**:

- **Miembro actual de Kaiser Permanente:** El padre, madre o tutor legal de un menor solicita la aprobación para un proveedor especializado **fuera de la red** de Kaiser Permanente. El niño no debe tener ninguna necesidad de atención médica especial diagnosticada que requiera un plan de atención en el momento de su inscripción en Kaiser Permanente. **Solo aprobamos las solicitudes cuando no contamos con un proveedor especializado local, comparable y disponible dentro de nuestra red.**
- **Nuevo miembro de Kaiser Permanente:** Debe comunicarse con nosotros para solicitar continuar recibiendo atención de su proveedor **fuera de la red**. Para obtener más información, consulte **Continuidad de la Atención de Salud**. Tenga en cuenta también:
 - El proveedor especializado **fuera de la red** debe presentar el plan de atención para su revisión y aprobación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de inicio de la atención del niño con nosotros para poder continuar brindando los servicios.
 - El niño debe tener una necesidad de atención médica especial diagnosticada que requiera un plan de atención antes de unirse a Kaiser Permanente.
 - Solo aprobamos estas solicitudes cuando el niño ya está recibiendo estos servicios antes de unirse a Kaiser Permanente.

Para obtener ayuda, llame a nuestro **coordinador de necesidades especiales** al **202-570-8800**.

D. Beneficios Esenciales: Mujeres Embarazadas

Atención a las miembros antes, durante y después del embarazo.

¿Está embarazada o está pensando en quedarse embarazada? Llámenos de inmediato. Podemos ayudarle a obtener la atención que necesita para un embarazo saludable y para que su bebé tenga un comienzo de vida saludable.

Todas las organización para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios, conocidos como servicios de maternidad, son solo para las miembros embarazadas.**

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un servicio médico cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**. No hay **copago** para los **medicamentos recetados** cubiertos por el seguro para las miembros embarazadas. Para obtener más información, consulte **Servicios de Farmacia y Medicamentos Recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte **Beneficios Esenciales: Miembros con Necesidades Especiales, Otros Beneficios Cubiertos y Beneficios de Valor Añadido** de Kaiser Permanente.

Utilice el **directorio de proveedores** en **kp.org/doctors** para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY 711).

Para preguntas y obtener ayuda, llame a nuestro **coordinador de necesidades especiales** al **202-570-8800**. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Miembros Embarazadas y Planificación Familiar de Maryland Medicaid al **800-456-8900**.

Cobertura de Medicaid y Embarazo



Si solo tiene derecho a Medicaid por estar embarazada, su cobertura de Medicaid y HealthChoice finalizará un año después de que termine su embarazo. Si usted obtiene su cobertura de Medicaid a través de la Ley de Bebés Saludables, su cobertura finalizará cuatro meses después de la finalización de su embarazo. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Atención Dental y Embarazo



¿Sabía que es seguro ir al dentista en cualquier etapa del embarazo? Cuidar bien de sus dientes y encías es importante para su salud y para el bienestar de su bebé. Consulte la sección de **Dental** para obtener más información sobre este beneficio cubierto.

Centros de Partos

- Un centro de partos, o centro de partos independiente, es un centro de atención independiente que no está asociada a un hospital y que ofrece servicios de enfermera partera.
- Nuestra **red** puede incluir un centro de partos ubicado fuera del estado, en la frontera con Maryland.
- Consulte **Autorreferido Médico**.

Administración de Casos, Administrador de Casos

Consulte **Administración de Casos, Administrador de Casos**.

CenteringPregnancy

- CenteringPregnancy es un programa de atención, apoyo y aprendizaje en un entorno grupal, antes y después del parto.
- Es una nueva forma de recibir la atención que necesita mientras se prepara para dar a luz.
- Todas las miembros del grupo tienen previsto el parto sobre la misma fecha.
- El grupo conversa, aprende en conjunto y se apoya mutuamente.
- Como parte del grupo, pasará más tiempo con su médico y el equipo de atención médica.

Servicios de doulas

- Una doula, o acompañante de parto, es una profesional capacitada que brinda apoyo e información antes y después del parto, así como durante el trabajo de parto.
- Las doulas son profesionales no clínicas y no pueden hacer el trabajo de una enfermera partera, una enfermera con práctica médica o un médico.
- No se necesita referido médico para consultar con una doula hasta finales de 2025. Consulte **Autorreferido Médico**.

Servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)

Las mujeres embarazadas de 21 años o menos pueden recibir todos los servicios del **EPSDT**. Consulte la información sobre **los servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)**.

Transferencia de Emergencia

Transferencia de mujeres embarazadas, recién nacidos y lactantes a un hospital o centro médico especializado.

Asesorías y Prueba de VIH

- Haga una evaluación de riesgos, es decir, recopile información de usted para determinar si existe la posibilidad de contraer el VIH.
- Obtenga apoyo e información profesional sobre cómo el VIH puede afectarle a usted y a su bebé.
- Consulte la sección **Pruebas de VIH/SIDA** y **Servicios para personas con VIH/SIDA**.

Servicios de visitas a domicilio

Los servicios de visitas a domicilio le ayudan a obtener la atención y el apoyo que necesita para tener un embarazo saludable y un hijo sano. Estos servicios los suele brindar un profesional con capacitación especializada o una enfermera en el domicilio. Después del embarazo, la persona que le visita en casa seguirá brindándole apoyo a usted y a su hijo, hasta que cumpla dos o tres años, dependiendo del programa que sea más adecuado. El programa adapta el tipo de servicios de visitas a domicilio y al visitador domiciliario a las necesidades específicas de la familia. Las visitas a domicilio pueden brindarle información sobre:

- Alimentación y nutrición
- Cómo crece y aprende su bebé
- Salud mental y control del estrés
- Habilidades para la crianza de los hijos
- Planificación para el futuro
- Recursos disponibles para usted en la comunidad
- Autocuidado

También se ofrece apoyo en grupo.

Atención hospitalaria, Atención para pacientes internas (hospitalizadas) - Maternidad

- 48 horas para un parto vaginal sin complicaciones.
- 96 horas para un parto por cesárea sin complicaciones.
- Si decide abandonar el hospital antes de los plazos indicados anteriormente, le proporcionaremos una visita a domicilio. Consulte **La Primera Revisión Médica del Bebé**.
- Si por motivos médicos debe permanecer en el hospital después del parto, solicítenos que nos aseguremos de que su recién nacido también pueda quedarse. Cubriremos los gastos de hasta cuatro días para que su recién nacido permanezca con usted. Para obtener ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Asesoramiento para la lactancia

El asesoramiento para la lactancia es una ayuda profesional para la lactancia materna. Una asesora de lactancia puede brindarte consejos, responder sus preguntas y brindarle apoyo. Pueden ayudar a que la lactancia sea más fácil para usted y para su bebé.

Asesoramiento nutricional

Puede consultar con un profesional de la salud para obtener información sobre opciones de alimentación saludable durante y después del embarazo. Entre los profesionales de la salud se pueden incluir dietistas o nutricionistas con licencia.

Atención prenatal

Atención durante el embarazo y antes del parto.

- Revisiones periódicas con un profesional de medicina familiar, un obstetra (médico de obstetricia) o una enfermera partera certificada para revisar su salud y la del bebé que no ha nacido.
- Asesoramiento y educación.
- Si está embarazada, Kaiser Permanente le ayudará a programar una cita para atención prenatal dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.
 - **Nueva miembro de Kaiser Permanente:** Si ya está consultando con un proveedor que no pertenece a nuestra **red**, es posible que pueda seguir consultando con él. Consulte **Beneficios esenciales: Miembros embarazadas > Proveedores fuera de la red y continuidad de la atención.**

Evaluación de riesgos prenatales

El formulario de **Valoración de Riesgo Prenatales** de Maryland (Maryland Prenatal Risk Assessment, MPRA) es un formulario que recopila información de salud importante sobre las miembros de Medicaid embarazadas. Utilizamos esta información para referirla a servicios útiles, como el programa para Mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC) o los programas de visitas a domicilio. Estos servicios ayudan a mantener la salud de usted y de su bebé antes y después del parto.

Su médico completará esta evaluación en su primera consulta de atención prenatal. La información se envía al **departamento de salud local**, que le conectará con los recursos y servicios de apoyo disponibles en su zona. No compartimos información sobre su estado serológico respecto al VIH.

Cuidados posparto

Cuidados después del parto

- Asesoramiento y educación.
- Kaiser Permanente le ayudará a programar una cita para la atención posparto dentro de los 10 días posteriores a su solicitud.
 - **Nuevo miembro de Kaiser Permanente:** Si ya está consultando con un proveedor que no pertenece a nuestra **red**, es posible que pueda seguir consultando con él. Consulte **Beneficios esenciales: Miembros embarazadas > Proveedores fuera de la red y continuidad de la atención.**

Asesoramiento sobre Cómo Dejar de Fumar

Obtenga apoyo profesional e información sobre cómo dejar de fumar.

Tratamiento del consumo de sustancias

Le referiremos al Sistema Público de Salud del Comportamiento en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud de tratamiento. Consulte **Servicios para la Salud del Comportamiento.**

Proveedores Fuera de la Red

Es posible que pueda seguir viendo a un proveedor **fuera de la red** durante su embarazo y hasta la primera consulta después de que nazca su bebé si:

- Estaba embarazada cuando se inscribió con nosotros.
- Usted tuvo al menos una consulta prenatal completa con el proveedor **fuera de la red.**
- El proveedor **fuera de la red** está de acuerdo en seguir viéndola.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar continuar recibiendo atención de su proveedor **fuera de la red**. Consulte **Continuidad de la Atención de Salud**. Para obtener ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Calendario de Consultas Prenatales

La atención prenatal le ayudará a tener un embarazo y un bebé sanos. Mantenga las siguientes citas con su proveedor.

| Cuándo ir | Qué puede esperar |
|--|--|
| Primera consulta: hasta las 10 semanas. | <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía para confirmar el embarazo y fijar la fecha prevista de parto • Revisión del historial médico • Se le hace una prueba de detección de la depresión • Se le hacen pruebas de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis de sangre ○ Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Disease, STD) • Se le hace un examen físico completo y una prueba de Papanicolaou • Se habla sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Para obtener información sobre su salud y la de su bebé, consulte la sección Valoración de Riesgos Prenatales ○ Vacuna contra la gripe, si es necesario ○ Opciones de evaluación genética |
| Consulta de las 12 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se revisan las pruebas de laboratorio • Se revisa de la frecuencia cardíaca del bebé • Se hacen pruebas genéticas (opcional) • Se hace la prueba temprana de glucosa en la sangre temprana para detectar la diabetes gestacional, si es necesario |
| Consulta de las 16 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se revisa la frecuencia cardíaca del bebé • Se le hace a su bebé una prueba de detección de defectos congénitos del cerebro, la columna vertebral o la médula espinal, conocidos como defectos del tubo neural • Se hace la prueba temprana de glucosa en la sangre temprana para detectar la diabetes gestacional, si es necesario |
| Consulta de las 20 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una ecografía para comprobar que todas las partes del bebé se están desarrollando correctamente; esta ecografía se denomina ecografía anatómica |
| Consulta de las 24 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una revisión médica • Se le mide la tripa, o altura uterina, para controlar el crecimiento del bebé y su posición • Se habla sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ En su próxima consulta se le hará una prueba de glucosa en la sangre para detectar diabetes gestacional ○ Educación para el parto, consulte CenteringPregnancy ○ Servicios de doula |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Consulta de las 28 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una revisión médica • Se le hace una prueba de detección de la depresión • Se le hacen pruebas de laboratorio para comprobar si hay <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes gestacional ○ Anemia ○ Infecciones • Si tiene el tipo de sangre Rh negativo, se debe poner una inyección para proteger al bebé • Se le vacuna contra el tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tetanus, diphtheria, and acellular pertussis, Tdap), si es necesario |
| Consulta de las 30 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una revisión médica • Se revisan las pruebas de laboratorio • Se habla sobre el parto |
| Consulta de las 32 semanas | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una revisión médica • Se habla sobre la vacuna contra el virus sincitial respiratorio (Respiratory Syncytial Virus, RSV), si es necesario • Algunas pacientes de alto riesgo comenzarán a someterse a más pruebas, exámenes de detección y ecografías |
| Consulta de las 34 semana | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una revisión médica • Se habla sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manejo del dolor y el parto ○ Preparativos para la llegada de su bebé, incluyendo los asientos de automóvil ○ Cuidados posteriores al parto para usted y su bebé ○ Cómo elegir el médico de su bebé |
| Consultas de la semana 36 a la 40 | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace un chequeo médico y un examen pélvico • Se comprueba si está dilatando • Se le hace una prueba de estreptococo del grupo B para comprobar la capacidad del bebé para comer y respirar • Se habla sobre su plan para el parto |
| Consultas de la semana 40 a la 42 | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace un chequeo médico y un examen pélvico • Revisión de la frecuencia cardíaca del bebé • Se le hace una ecografía • Se comprueba si está dilatando • Se habla sobre la posibilidad de inducir el parto, si fuera necesario |
| Consulta posparto, después del parto | <ul style="list-style-type: none"> • Se le hace una revisión para ver cómo se está recuperando • Mídase la presión arterial • Se le hace una prueba de detección de la depresión • Hable sobre el control de la natalidad |

Las recomendaciones para las consultas prenatales se basan en las guías del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG). Para obtener la información más reciente, visite acog.org/womens-health.

Preparándose para la llegada del bebé

Lo mejor es elegir al médico de su bebé antes del parto. Podemos ayudarle a encontrar el proveedor de pediatría adecuado para usted y su bebé. El proveedor puede ser un pediatra, un profesional de medicina familiar o un enfermero con práctica médica.

El programa Medicaid de Maryland inscribirá automáticamente a su recién nacido en nuestro programa. Su recién nacido debe seguir siendo miembro de Kaiser Permanente durante los primeros 90 días. Transcurrido ese plazo, podrá elegir otro plan de atención médica administrada de HealthChoice. Consulte **Cambio de planes de atención médica administrada**.

La Primera Revisión Médica del Bebé

Normalmente, a su bebé se le hace su primera revisión médica mientras aún está en el hospital. El pediatra que elija para su recién nacido le hará un examen de recién nacido en su habitación del hospital. Consulte **Autorreferido Médico**.

Permanecerá en el hospital para recuperarse durante 48 a 96 horas, dependiendo del tipo de parto que tenga. Si decide abandonar el hospital antes de tiempo, le proporcionaremos una visita a domicilio en las próximas 24 horas. Es posible que también reciba otra visita a domicilio si su médico lo considera necesario. Consulte **Atención hospitalaria, Atención para pacientes internas (hospitalizadas) - Maternidad**.

Programaremos una cita de seguimiento con un pediatra para su recién nacido dentro de las dos semanas posteriores a su salida del hospital. Consulte **Cuidado de Salud de los Niños** para obtener más información.

E. Beneficios Esenciales: Miembros con Necesidades Especiales

Todas las organización para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir ciertos beneficios médicos esenciales. **Estos beneficios son solo para miembros con necesidades especiales.** Los miembros con necesidades especiales pueden acceder a determinados servicios, suministros y equipos, y consultar con especialistas dentro de la red sin necesidad de un referido.

El programa Medicaid de Maryland ha identificado grupos de personas que pueden necesitar una administración, intervención, servicios o programas de atención médica especiales para acceder a la atención que necesitan.

Algunas personas pueden pertenecer a más de un grupo de personas con necesidades especiales. Los grupos incluyen:

1. Niños cuyo cuidado está supervisado por el estado
2. Niños con necesidades especiales de atención médica
3. Personas sin hogar
4. Mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz
5. Personas con una discapacidad del desarrollo
6. Personas con discapacidad física
7. Personas con VIH o SIDA

Niños cuyo cuidado está supervisado por el Estado

Un niño bajo la tutela del Estado es un niño que se encuentra bajo la custodia, a cargo o bajo la tutela de alguna otra forma del Departamento de Servicios Sociales local, el Departamento de Salud, el Departamento de Servicios Juveniles o una agencia de colocación privada con licencia de la Administración de Servicios Sociales. Esto incluye a los niños en hogares de acogida y a los niños que están en el sistema judicial.

Trabajamos en colaboración con agencias estatales y locales para garantizar la continuidad y la coordinación de la atención, especialmente si el niño se muda a una nueva zona dentro de Maryland.

Para preguntas y obtener ayuda, llame a nuestro **coordinador de necesidades especiales** al **202-570-8800**.

Personas sin hogar

Si se encuentra en situación en la que está sin hogar, llame de inmediato a nuestro **coordinador de necesidades especiales** al **202-570-8800**. Trabajaremos con usted para comunicarle con un administrador de casos que le proporcionará la ayuda y la atención que necesita.

Personas con discapacidad del desarrollo

Nuestros administradores de casos cuentan con la experiencia y la capacitación necesarias para brindar atención a personas con discapacidades del desarrollo. Hable con su administrador de casos sobre las comunicaciones en formatos alternativos o para solicitar una adaptación razonable.

Personas con discapacidad física

Evaluamos las necesidades de las personas con discapacidades físicas para determinar si pueden permanecer en la comunidad con los servicios que proporciona Kaiser Permanente o Maryland Medicaid, o si necesitan que se les interne en un centro de atención intermedia o de larga duración. Consulte **Cuidados a Largo Plazo**.

Hable con su administrador de casos sobre las comunicaciones en formatos alternativos o para solicitar una adaptación razonable.

Los beneficios para los miembros con necesidades especiales incluyen:

Administración de Casos, Administrador de Casos

Kaiser Permanente le asignará un administrador de casos al inscribirse con nosotros o poco después. Su administrador de casos puede ser un enfermero titulado, un trabajador social u otro profesional de la salud. Consulte **Administración de Casos, Administrador de Casos**.

Coordinador de necesidades especiales

Un **coordinador de necesidades especiales** es su persona de contacto para obtener información y referidos relacionados con la atención médica. Un **coordinador de necesidades especiales** le ayuda a usted y a sus proveedores de atención médica a comprender qué recursos están disponibles para atender las necesidades especiales. **Los coordinadores de necesidades especiales** también pueden responder preguntas sobre sus derechos en virtud de la Ley sobre Americanos con Discapacidades.

- Consulte **Servicios especializados o Atención especializada**.
- Consulte **Autorreferido Médico**.

F. Otros Beneficios Cubiertos

Kaiser Permanente no cubre algunos beneficios que Medicaid de Maryland sí cubre directamente si son **necesarios desde el punto de vista médico**. Deberá usar su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando reciba estos servicios, excepto para los servicios dentales. Recibirá una tarjeta de identificación de miembro del Programa Dental Maryland Healthy Smiles. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**.

Utilice el **Buscador de Proveedores** para encontrar un proveedor de Medicaid que le brinde la atención que necesita cerca de su domicilio.

Acceda ahora al **Buscador de Proveedores**. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: **bit.ly/48s6WxC** o escanee el código QR.



Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte **Beneficios Esenciales y Beneficios de Valor Añadido** de Kaiser Permanente.

G. Otros Beneficios Cubiertos: todos los miembros

Aborto terapéutico

El programa Medicaid de Maryland cubre este procedimiento. Para obtener ayuda, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Atención dental

Deberá utilizar su tarjeta del Programa Dental Maryland Healthy Smiles cuando reciba estos servicios.

Para obtener más información sobre los beneficios y servicios dentales, visite el **Programa Dental Maryland Healthy Smiles** o llame al **855-934-9812**.

Acceda ahora al Programa de Salud Dental Maryland Healthy Smiles. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: **bit.ly/3VUnZkC** o escanee el código QR.



Servicios para la Salud del Comportamiento

El Sistema Público de Salud del Comportamiento de Maryland ofrece servicios para trastornos por abuso de sustancias y servicio para la salud del comportamiento. No se necesita un referido. Para obtener más información, llame al **800-888-1965**.

Consulte **Salud Primaria del Comportamiento** para conocer otros servicios cubiertos.

Si está experimentando una emergencia de salud mental o relacionada con el consumo de sustancias, comuníquese con la Línea de Ayuda para la Prevención del Suicidio y Crisis. Es un servicio gratuito y confidencial Llame o envíe un mensaje de texto al **988** Puede chatear con un consejero especialista en crisis en línea en <https://988lifeline.org/chat/>.

Acceda ahora a la Línea de Ayuda para la Prevención del Suicidio y Crisis. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: <https://988lifeline.org/es/inicio/> o escanee el código QR.



Pruebas de VIH y SIDA

- Pruebas de resistencia a los medicamentos contra el VIH y SIDA: genotípicas, fenotípicas u otras
- Pruebas de carga viral
- Consulte los **servicios relacionados con el VIH y SIDA**.

Dispositivos aumentativos del habla

Equipos que ayudan a las personas con trastornos del habla para comunicarse.

Servicios de transporte

- **Transporte Médico de Emergencia**
 - Llame al 911 si está teniendo una **emergencia médica**.
 - Servicios médicos prestados durante el traslado del paciente a un centro de atención médica en respuesta a una llamada al número de emergencias 911.
 - Las compañías de bomberos locales brindan este servicio.
- Transporte médico que no es de emergencia
 - Puede solicitar transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) para ir y venir de un servicio **necesario desde el punto de vista médico** cubierto por Medicaid cuando no tenga otra forma de llegar al lugar.
 - Para saber si cumple los requisitos para este servicio, comuníquese con su **departamento de salud local**.
 - Para obtener más información, envíe un correo electrónico a MDH.askNEMT@maryland.gov.

Kaiser Permanente puede cubrir algunos servicios de transporte médico que no es de emergencia por razones especiales. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

H. Otros Beneficios Cubiertos: Miembros de 21 años o menos

Kaiser Permanente no cubre algunos beneficios que Medicaid de Maryland sí cubre directamente si son **necesarios desde el punto de vista médico**. Deberá usar su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando reciba estos servicios. **Estos beneficios son solo para personas de 21 años o menos.**

Utilice el **Buscador de Proveedores** para encontrar un proveedor de Medicaid que le brinde la atención que necesita cerca de su domicilio.

Terapia ocupacional

Es el tipo de tratamiento que le ayuda a volver a aprender las actividades cotidianas. Por ejemplo, la escritura a mano o la coordinación ojo-mano.

Fisioterapia

Tratamiento de enfermedades, lesiones o deformidades mediante métodos físicos tales como masajes, tratamiento con calor y ejercicio, en lugar de medicamentos o cirugía.

Terapia del habla

Capacitación para ayudar a las personas con problemas del habla y del lenguaje a hablar con mayor claridad.

Kaiser Permanente podría cubrir el costo de estos servicios si forman parte de **servicios de salud domiciliaria** o de una **hospitalización de paciente interno**.

I. Beneficios de Valor Añadido

Se trata de beneficios que ofrecemos que van más allá de los **Beneficios Esenciales** y otros beneficios cubiertos por Medicaid de Maryland. Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. No existen derechos de quejas formales ni de **apelación** para estos beneficios. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte **Beneficios Esenciales** y **Otros Beneficios Cubiertos**.

5. Servicios Adicionales que Ofrece Kaiser Permanente

| Beneficio | Qué es | Quién Puede Recibir Este Beneficio | Limitaciones |
|--|--|------------------------------------|---|
| Cuidado de la vista para adultos | Exámenes de los ojos y anteojos. | Adultos de 21 años o más | <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de los ojos al año para adultos. • Un par de anteojos cada dos (2) años. • Si pierde sus anteojos, se los roban, se rompen o usted tiene cambios en la vista, es posible que pueda obtener armazones o lentes antes, en la medida en que sea necesario. • No incluye lentes de contacto. • Asignación máxima para armazones: \$150. |
| Clases para una vida sana y asesoría de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Se imparten clases sobre una gran variedad de temas de salud, incluyendo el cuidado del recién nacido, la atención prenatal, manejo del peso, el dolor crónico, la enfermedad renal crónica, la diabetes y muchos otros temas. <p>Estas clases se imparten de forma virtual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener más información sobre clases y programas de vida sana en su área, visite kp.org/healthyliving/mas (haga clic en "Español") o llame al 800-444-6696 (línea telefónica gratuita). | Miembros de Kaiser Permanente | Todas las clases y asesorías de bienestar se ofrecen a los miembros de Kaiser Permanente. |

5. SERVICIOS ADICIONALES QUE OFRECE KAISER PERMANENTE

| Beneficio | Qué es | Quién Puede Recibir Este Beneficio | Limitaciones |
|--|---|------------------------------------|--|
| Primer examen médico del bebé antes de salir del hospital | Si el médico de Kaiser Permanente que seleccionó no atiende a su recién nacido para hacerle un examen médico antes de que esté listo para salir del hospital, nosotros pagaremos para que el médico de guardia realice el examen médico en el hospital. | Miembros embarazadas | Debe haber estado embarazada al unirse a Kaiser Permanente y el proveedor de Kaiser Permanente debió haberla revisado. |



6. Programas Prenatales y Posparto

Descripción de las Clases Prenatales y Cómo Inscribirse

Las clases prenatales se imparten de forma virtual o presencial en los centros médicos de Kaiser Permanente. No tiene costo asistir a cualquiera de las clases prenatales de Kaiser Permanente. La invitamos a llevar a una persona que la acompañe para brindarle apoyo.

Clase prenatal 1: Esta "clase" individual suele ocurrir el mismo día de la primera consulta con su ginecólogo/a obstetra. En el Departamento de Obstetricia se reunirá con una enfermera de obstetricia. Aprenderá cómo cuidar de usted durante el embarazo. En conjunto, usted y la enfermera harán una **Valoración de Riesgos Prenatales**. Ofreceremos una variedad de servicios para ayudarle a cuidarse y asegurar que su bebé nazca sano. Aprenderá cuándo, dónde y a quién llamar si tiene preguntas o problemas durante el embarazo y recibirá información valiosa sobre los recursos comunitarios.

Prenatal 2: "Preparación para el Trabajo de Parto y el Parto" (Preparing for Labor & Delivery). Participe en este programa durante el séptimo u octavo mes de su embarazo. Este programa se enfoca en cómo minimizar los malestares durante la etapa final del embarazo. Aprenderá a distinguir cuando esté en trabajo de parto, cuándo ir al hospital, sus opciones para el control del dolor durante el parto y muchas cosas más. El la clase Prenatal 2 se ofrece en formato virtual y bajo demanda, y la imparte nuestro equipo regional de educación para la salud.

Prenatal 3: "Cómo prepararse para recibir a su recién nacido" (Preparing for your Newborn). Participe en este programa durante los últimos meses del embarazo. Practique o repase sus habilidades de cuidado del bebé recién nacido, como bañarlo, alimentarlo o calmarlo. Obtendrá más información sobre los servicios de atención pediátrica de Kaiser Permanente. Si es el primer bebé que tiene en Kaiser Permanente, le recomendamos ampliamente que asista a las clases. La clase Prenatal 3 se ofrece en formato virtual y bajo demanda, y la imparte nuestro equipo regional de educación para la salud.

Prenatal 4: "Información básica sobre la lactancia materna" (Breastfeeding Basics). Durante el tercer trimestre del embarazo, aprenderá cómo la lactancia le protege a usted y a su bebé, cómo iniciar la lactancia con éxito y dónde obtener ayuda si la necesita. Prenatal 4 es una clase presencial que se imparte en determinados edificios de oficinas médicas y la imparten nuestras enfermeras tituladas (Registered Nurse, RN) que son asesoras en lactancia tituladas. Para saber dónde puede asistir a la clase Prenatal 4 en persona, llama al **800-777-7904**.

Las clases prenatales se llenan rápido, así que inscríbase pronto. Tiene dos opciones para inscribirse en las clases Prenatal 2 y 3. Usted tiene las siguientes opciones:

- Informe a un asistente de la clínica o a una enfermera del Departamento de Obstetricia y Ginecología que desea inscribirse en las clases prenatales. Ellas pueden programar su asistencia a la clase a la que desee asistir.
- Regístrese en kp.org/espanol, y después inscríbase a las clases en línea. Visite kp.org/appointments (haga clic en "Español") y seleccione "Schedule Appointments" (Programar Citas). Puede ver una lista de las clases programadas en kp.org/classes/mas (haga clic en "Español").
- Llame a un representante para programar una cita al **800-777-7904** (línea telefónica gratuita). Si es sordo o tiene deficiencias auditivas, llame al **711**.

Comprehensive Perinatal Program

El Comprehensive Perinatal Program (Programa Perinatal Integral) de Kaiser Permanente ayuda a las miembros embarazadas a tener un embarazo saludable y a dar a luz a un bebé sano a término. El programa consta de cuatro componentes:

Early Start

Todos los padres desean tener un bebé sano, pero dejar los cigarrillos, consumir drogas o beber alcohol puede ser realmente difícil. Este es un programa confidencial (privado) para miembros embarazadas y en el posparto que desean dejar de consumir sustancias o mantenerse alejadas de ellas. Un asesor, llamado **especialista** en Early Start, puede hablar con usted en privado, ya sea en persona o por teléfono. Puede hablar de sus dudas y obtener ayuda si a otros miembros de su familia se les dificulta dejar las sustancias. El **especialista** en Early Start puede ayudarle a manejar el estrés y proporcionarle asesoramiento individual y familiar. Si consume bebidas alcohólicas, cigarrillos o drogas, el **especialista** en Early Start se comunicará con usted por teléfono o mensaje seguro. Participar en Early Start no tiene costo.

Programa MOM

El Programa Uso Indebido de Opioides durante el Embarazo (Maternal Opioid Misuse, MOM) está dirigido a miembros embarazadas con un trastorno por consumo de opioides que desean tener un embarazo saludable para su bebé. Este es un programa confidencial (privado) para miembros embarazadas y en período posparto que desean dejar de consumir opioides o mantenerse alejadas de ellos durante el embarazo y el posparto. Un asesor se comunicará con usted en privado por teléfono. Puede hablar sobre sus inquietudes y obtener ayuda si le resulta difícil dejar de fumar durante el embarazo. Participar en el programa MOM no tiene ningún costo.

Administración de Casos Perinatales

Hay muchas cosas que le ayudarán a tener un embarazo seguro y saludable. Podría necesitar ayuda con la vivienda o la comida. Es posible que esté en una relación poco sana y necesite ayuda para mantenerse segura. Tal vez solo necesite que la lleven a su consulta médica. Nuestros trabajadores sociales y enfermeras del programa Perinatal Case Management pueden ayudarle con todas esas cosas. Ya que la enfermedad de las encías puede causar problemas durante el embarazo, incluso pueden ayudarle a encontrar un dentista. En su primera consulta prenatal, le preguntaremos qué tipo de ayuda necesita. Un administrador de caso se comunicará con usted por teléfono. La administración de casos no tiene costo para usted.

Centro de Servicios Perinatales

Cuando los bebés nacen muy pronto, tienen un inicio de vida más difícil. Algunos problemas médicos en sus embarazos pasados o en el actual pueden hacerla más propensa a tener un parto prematuro. El Centro de Servicios Perinatales (Perinatal Service Center, PSC) está conformado por enfermeras tituladas con mucha experiencia en la atención de miembros con embarazos de alto riesgo. Si tiene diabetes, presión arterial alta o tuvo un trabajo de parto prematuro, una enfermera del PSC se comunicará con usted por teléfono. Al trabajar de cerca con su médico obstetra, su enfermera será su guía durante su embarazo. Las enfermeras del PSC están disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., en caso de que tenga preguntas o inquietudes. Formar parte del programa del Centro de Servicios Perinatales no tiene costo.

CenteringPregnancy® y KP Connected Pregnancy

Para las miembros que califican, CenteringPregnancy es un enfoque único de la atención prenatal. Las miembros embarazadas que tienen fechas de parto similares se encuentran en las citas prenatales como grupo, en un entorno relajado. Las consultas individuales con el obstetra se hacen en privado, como de costumbre. Luego, el grupo se reúne para mantener conversaciones animadas y actividades de aprendizaje. Dado que el obstetra es parte del grupo, las miembros pasan mucho más tiempo con ellos. Los estudios muestran que las mujeres que participan en CenteringPregnancy tienen mayor probabilidad de tener bebés más saludables.

El modelo de atención de CenteringPregnancy crea una comunidad que la empodera para involucrarse activamente en su propia atención.

Para las miembros que califican, KP Connected Pregnancy es una opción de cuidados de maternidad que ofrece una combinación de consultas en persona y en video. Durante momentos importantes del embarazo, las miembros se reúnen en persona con su obstetra y se someten a análisis de laboratorio y ecografías. Las miembros recibirán un kit de dispositivos que incluye un tensiómetro, una báscula y un doppler fetal para apoyar las videoconsultas durante el embarazo y el periodo posparto. Las miembros envían los resultados del monitoreo de la presión arterial y el peso en el hogar a su historia clínica digital a través de una aplicación.

El modelo de atención de KP Connected Pregnancy le permite mantenerse conectada con su equipo de atención durante todo el embarazo desde la comodidad de su hogar.

Centro de Cuidado del Recién Nacido

El Centro Cuidado del Recién Nacido (Newborn Care Center) está destinado a un grupo selecto de miembros que han dado a luz recientemente. Consta de dos partes. La primera es un examen médico para su bebé uno o dos días después del alta hospitalaria. Las enfermeras tituladas, que también son asesoras certificadas en lactancia, realizan los exámenes médicos. Se les programará a usted y su bebé una cita en el Centro de Cuidados del Recién Nacido antes de que salga del hospital. Queremos asegurarnos de que ambos tengan una vida sana después de salir del hospital. La segunda parte del programa del Centro de Cuidados del Recién Nacido es educación sobre la lactancia y apoyo de las asesoras en lactancia. Queremos ayudarle a conseguir sus objetivos de lactancia materna. Las asesoras en lactancia están disponibles para ayudarle en persona o por teléfono. También puede dejar un mensaje en la línea de ayuda telefónica de Lactancia y una asesora en lactancia le devolverá la llamada. Estos servicios no tienen costo para usted.

7. Programas de Educación para la Salud

Programas de Educación para la Salud

El Programa de Educación para la Salud de Kaiser Permanente cuenta con muchos recursos que puede utilizar para ayudar a cuidarse y cuidar a su familia. ¡Póngase como meta usar uno de estos programas este mes!

Clases

Ofrecemos muchas clases en formato en línea en directo o bajo demanda, en los horarios que mejor se adapten a sus necesidades. Las clases varían en cuanto al número de sesiones. Algunas son sesiones individuales, mientras que otras forman parte de una serie (de 3 a 4 semanas) o se extienden hasta por un año. Las clases le ayudan a aprender sobre diferentes temas, para que pueda hacer cambios saludables o administrar su atención.

- Pídale a un miembro de su equipo de atención médica que programe su asistencia.
- Llame a la línea citas al **800-777-7904**.
- Programe una clase en **kp.org/appointment** (haga clic en "Español").

A continuación, encontrará una lista de los tipos de clase que tenemos para usted. La mayoría de las clases en directo están disponibles bajo demanda.

PREVENCIÓN

Control del Peso
Control del Dolor
Planificación para el cuidado de la vida
Prediabetes

PRENATAL

Trabajo de Parto y Parto
"Cómo prepararse para recibir a su recién nacido" (Preparing for your Newborn)
"Aspectos básicos de la lactancia materna" (Breastfeeding Basics)

FISIOTERAPIA

"Reemplazo total de articulaciones"
(Total Joint Replacement)
Dolor de espalda

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Diabetes
Enfermedad renal crónica
Rehabilitación cardíaca
Salud cardiovascular
(Heart Healthy)

ADULTOS MAYORES

"Prevención de caídas"
(Falls Prevention)
Control de la vejiga
"Strength and Balance"
(Fortaleza y equilibrio)
Yoga

SALUD MENTAL

Manejo del estrés
Sueño y salud mental
Ejercicio y salud mental

Materiales de Educación para la Salud

Es posible que se le proporcionen materiales de educación para la salud al finalizar su consulta con el médico, que su médico se los envíe a través de su cuenta de **kp.org/espanol**, o que su equipo de atención médica le indique dónde encontrar contenido educativo o videos en línea. Los folletos tienen el objetivo de ayudarle a aprender sobre un tema de salud, sobre un cambio de comportamiento o incluso sobre cómo manejar una condición.

Asesoría de Bienestar

Es difícil hablar de todo en una consulta médica. Por eso los asesores de bienestar están disponibles para ayudar. Las sesiones de asesoría se hacen por teléfono y tienen una duración de 20 minutos. Comenzará con una primera consulta para que su asesor pueda conocer sus necesidades. Posteriormente, tendrá sesiones de seguimiento para ayudarle a crear y seguir un plan para hacer los cambios necesarios. Pueden ayudarle con:

- Manejo del peso
- Nutrición
- Actividad física
- Ayuda para dejar de fumar
- Control del estrés

La información que se comparta con usted durante una sesión de asesoría será congruente con los planes de atención de su médico. Para inscribirse en el programa de asesoramiento sobre bienestar, llame al **800-777-7904** o visite **kp.org/appointments** y busque "*Health Education Classes and Programs*" (Clases y programas de educación para la salud). Las citas están disponibles los 7 días de la semana.

Programas para un estilo de vida saludable

Los programas para un estilo de vida saludable son herramientas de asesoría digital en línea que le permiten administrar lo relacionado con su salud. Tenemos nueve programas disponibles. El mejor programa para comenzar es Total Health Assessment. Le permite obtener un panorama de su salud y elegir otros programas que le ayudarán. Los temas incluyen:

- Alimentación saludable
- Manejo del peso
- Manejar el estrés
- Cómo dejar de fumar
- Sueño

Debe registrarse en **kp.org/espanol** para utilizar los programas. Para comenzar hoy mismo, visite **kp.org/vidasana** (haga clic en "Español").

Programas de Video Emmi

Los programas Emmi son herramientas en línea que le ayudan a prepararse para una intervención quirúrgica o manejar una condición. Los videos le permiten avanzar a la velocidad que usted quiera. Es posible que su médico o algún miembro de su equipo de atención médica le inscriban para los videos relacionados con sus necesidades de atención médica. Los videos los recibirá en su cuenta de **kp.org/espanol** o en su correo electrónico personal.

8. ¿Qué No Está Cubierto?

Existen beneficios que el programa Medicaid de Maryland no exige que ninguna organización para la atención médica administrada de HealthChoice cubra. El programa Medicaid de Maryland puede cubrir algunos de estos beneficios directamente si son necesarios desde el punto de vista médico. Una organización para la atención médica administrada de HealthChoice puede optar por cubrir algunos de estos beneficios, pero no está obligada a hacerlo.

Su proveedor debe informarle si Medicaid no cubre un servicio y si usted será responsable de pagar dicho servicio. Para obtener más información, consulte **Derechos y Protecciones de Facturación de Medicaid**.

Estos son algunos de los beneficios que el programa Medicaid de Maryland no exige que cubra ninguna organización para la atención médica administrada de HealthChoice:

- Tratamiento experimental a menos que participe en un **ensayo clínico** aprobado.
- Un servicio que no es **necesario desde el punto de vista médico**.
- Un servicio que solicita o brinda alguien que no es un proveedor de atención médica con licencia.
- Un servicio no permitido según la licencia del proveedor.
- **Transporte médico que no es de emergencia**, pero pueden ayudarle a comunicarle con un viaje.
- Servicios de salud o administración de casos para niños en los siguientes casos:
 - Forman parte del Plan de Servicios Familiares Individualizados (Individualized Family Service Plan, IFSP) o del Programa de Educación Individualizado (Individualized Education Program, IEP) del niño.
 - Se llevan a cabo en la escuela o a través de programas médicos infantiles comunitarios.
- Una autopsia.
- Atención médica que recibe **fuera de Estados Unidos**.
- Un aborto.
- Un programa de pérdida de peso o un plan de ejercicio.
- Medicamentos o inyecciones que se utilizan únicamente para perder peso.
- Ayuda para quedar embarazada, como la fecundación in vitro.
- Cirugía para revertir la esterilización a la que se sometió voluntariamente.
- Ayuda para dejar de fumar, comer sano o ponerse en forma, **a menos que decidan cubrirlo ellos mismos**.
- Servicios no médicos para capacitación laboral, ayuda para encontrar trabajo o programas de aprendizaje.
- Enfermera privada en el hogar para un adulto de 21 años o más.
- Atención médica que recibe **antes de unirse a su plan**.
- **Dental** o aparato de ortodoncia.
- El **oxígeno** se utiliza únicamente como sistema de respaldo o de forma ocasional.
- La **cirugía estética** se hace simplemente para cambiar la apariencia física.
- Bebidas nutricionales, vitaminas o minerales que se toman por vía oral.
- Un servicio que el programa **Medicaid de Maryland paga directamente**.

Para obtener más información sobre los beneficios, consulte **Otros Beneficios Cubiertos y Beneficios de Valor Añadido**.

Si usted tiene **otro seguro** además de Medicaid, es posible que cubra algunos de estos servicios. Informe siempre a su proveedor sobre sus otros seguros. Proporcione toda la información de su seguro médico al registrarse.

Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

9. Servicios de Prevención y Atención de la Diabetes

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial. **Estos beneficios son solo para personas con diagnóstico de prediabetes o diabetes.**

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors (haga clic en "Español") para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

A. Beneficios para Miembros con Diagnóstico de Diabetes

Los beneficios incluyen servicios especiales **necesarios desde el punto de vista médico** relacionados con la diabetes:

- Asesoramiento nutricional para la diabetes
 - Una sesión individual inicial
 - Cuatro sesiones más al año
- Educación para pacientes diabéticos ambulatorios
- **Equipos médicos duraderos y suministros médicos desechables** relacionados con la diabetes
 - Suministros para el monitoreo de glucosa en la sangre
 - Tiras reactivas y comprimidos de diagnóstico
 - Dispositivos para la extracción de sangre mediante punción digital para la medición de la glucosa en la sangre
 - Medidores de reflectancia de glucosa en la sangre para uso doméstico
- Calzado terapéutico y servicios relacionados
 - Calzado y servicios que ayudan a mejorar o curar su afección
 - Calzado terapéutico, zapatos ortopédicos
 - Soportes para el arco del pie, aparatos ortopédicos, soportes para el interior del calzado, soporte elástico
 - Examen, prescripción, adaptación y servicios relacionados para calzado especial destinado a prevenir o demorar la pérdida del pie.
- Podología
 - Cuidado de los pies relacionado con la diabetes.
 - Consulte **Podología**.
- Cuidado de la visión relacionado con la diabetes
 - Consulte **Servicios de Cuidado de la Vista**

B. Beneficios para Miembros con Diagnóstico de Prediabetes

Programa Nacional de Prevención de la Diabetes HealthChoice

Si tiene prediabetes, el programa de cambio de estilo de vida del Programa de Prevención de la Diabetes HealthChoice puede ser adecuado para usted. Puede ayudarle a perder peso, a ser más activo y a prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2.

Para ser elegible para el Programa de Prevención de la Diabetes HealthChoice, debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Tener entre 18 y 64 años
- Tener sobrepeso
- No estar embarazada
- No se le ha diagnosticado diabetes tipo 1 ni tipo 2
- Se ha hecho un análisis de sangre recientemente con resultados dentro del rango de prediabetes o tener antecedentes de diabetes gestacional

Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica primaria o llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Para obtener más información sobre el Programa de Prevención de la Diabetes de HealthChoice, visite hoy mismo el sitio web del Programa de Prevención de la Diabetes (Diabetes Prevention Program, DPP) de Kaiser Permanente en **<https://mydoctor.kaiserpermanente.org/mas/article/diabetes-prevention-program-2406305>** (en inglés).

10. Preservación de la fertilidad

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial. **Estos beneficios son solo para personas cuyo tratamiento médico puede causar infertilidad, tales como una cirugía o quimioterapia.**

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. **Debe obtener una autorización previa para estos servicios.**

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY 711).

Para ser elegible para la preservación de la fertilidad, debe cumplir todos los siguientes requisitos:

- Obtener la **autorización previa** para los servicios.
- Estar en edad reproductiva.
- Presentar la documentación de un endocrinólogo especializado en reproducción.

Importante: La preservación de la fertilidad está destinada únicamente a personas cuyo tratamiento médico pueda causar infertilidad y que cumplan con los demás criterios de elegibilidad mencionados anteriormente.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Consulta de fertilidad
- Supresión gonadal para reducir la insuficiencia ovárica
- Tratamiento hormonal e inducción de la ovulación
- Extracción y preservación de ovocitos
- Extracción y conservación de esperma

Medicaid no cubre la fertilización in vitro (In Vitro Fertilization, IVF), la donación de esperma u óvulos ni los procedimientos de almacenamiento de tejido testicular.

11. Atención de afirmación de género

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

No hay límite de edad para obtener atención, pero los miembros deben dar su consentimiento informado para todos los servicios. Según las **Leyes de Maryland sobre el Consentimiento de Menores**, los menores de edad deben contar con el consentimiento de sus padres.

Para ser elegible para los servicios de afirmación de género, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Hablar con su proveedor de atención médica sobre un diagnóstico para recibir tratamiento.
- Ser capaz de tomar decisiones informadas plenamente y dar su consentimiento para el tratamiento.

Los servicios cubiertos incluyen:

Terapia hormonal

- Terapia Hormonal de Reasignación de Género: esto incluye la terapia de reemplazo hormonal y la terapia de supresión hormonal. Los medicamentos se pueden administrar por vía oral, mediante inyección o aplicándolos sobre la piel.
- Terapia de Supresión de la Pubertad: retrasa los cambios corporales que se producen durante la pubertad.
- Consulte **Servicios de Farmacia y Medicamentos Recetados**.

Cirugías y Terapias de Afirmación de Género

Debe obtener una **autorización** previa para estos servicios.

- Cirugías **necesarias desde el punto de vista médico**, incluyendo la reasignación de genitales y procedimientos faciales.
- Procedimientos para la modificación de la piel, el pecho y la voz con el fin de que se ajusten a la identidad de género de la persona.
- Depilación y trasplantes de cabello con fines relacionados con la identidad de género.
- Los médicos pueden modificar o revertir las cirugías de afirmación de género si surgen problemas o si cambia su identidad de género.

Servicios Posteriores a la Transición

- Después de la transición se pueden necesitar algunos servicios específicos de género, como las evaluaciones para el cáncer de mama para hombres transgénero o los exámenes de próstata para mujeres transgénero.
- No se necesita **autorización previa** para los servicios posteriores a la transición.

Pruebas de laboratorio

- Pruebas de rutina para revisar la terapia hormonal. Es posible que necesite una **autorización previa** para ciertas pruebas.
- Consulte **Servicios de Laboratorio y de Diagnóstico**.

Salud del Comportamiento

Medicaid ofrece **servicios de salud del comportamiento**, tales como terapia para la disforia de género. No necesita **autorización previa**.

- Consulte **Servicios de Salud del Comportamiento y Salud del Comportamiento Primaria**.

12. Servicios para Pacientes con VIH y SIDA

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios, excepto para las pruebas, que están cubiertas directamente por Medicaid de Maryland. Consulte **Pruebas de VIH y SIDA** para obtener más información.

Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Puede elegir un **especialista** en VIH y SIDA que coordinará su atención con su médico de atención primaria y otros proveedores de atención especializada. Hable con su proveedor sobre el acceso a ensayos clínicos.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors (haga clic en "Español") para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**). Consulte **Coordinador de Necesidades Especiales**.

Si está embarazada, consulte **Beneficios Esenciales: Miembros Embarazadas, Asesoramiento y Pruebas de VIH**.

Para obtener más información, consulte **Beneficios Esenciales: Miembros con Necesidades Especiales**.

Administración de Casos, Administrador de Casos

- Puede solicitar servicios de administración de casos en cualquier momento, incluso si los rechazó anteriormente.
- Su administrador de casos tendrá capacitación especializada para ayudarle con la atención y los recursos relacionados con el VIH y el SIDA. Su administrador de casos no compartirá información sobre su estado serológico respecto al VIH.
- Consulte **Administración de Casos, Administrador de Casos**.

Servicios de evaluación diagnóstica (DES)

- Una evaluación del servicio de diagnóstico y evaluación (DES) por año.
- El DES incluye una evaluación médica y psicosocial.
- Debe seleccionar un proveedor de DES de una lista de centros aprobados, pero el proveedor no tiene por qué estar dentro de la **red** de Kaiser Permanente. Consulte **Autorreferido Médico**.
- Para obtener ayuda con este servicio, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Tratamiento por Consumo de Sustancias

Le referiremos al Sistema Público de Salud del Comportamiento en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud de tratamiento. Consulte **Servicios para la Salud del Comportamiento**.

13. Cuidados a largo plazo

A. Servicios en Centros de Atención a Largo Plazo

Todas las organización para la atención médica administrada de HealthChoice de Medicaid de Maryland deben cubrir los servicios de centros de atención a largo plazo. Sin embargo, su organización para la atención médica administrada solo es responsable de 90 días consecutivos de atención. Después de más de 90 días, el programa Medicaid de Maryland puede cubrir directamente su atención médica.

Después de 90 días, si todavía necesita atención a largo plazo en un centro de atención, se le cancelará la afiliación a Kaiser Permanente. Consulte **Cancelación de la afiliación**.

Los servicios de **atención a largo plazo** son los servicios médicos y de apoyo que se necesitan durante un largo período de tiempo en un centro de atención a largo plazo. Un centro de atención a largo plazo puede ser:

- Un hospital para atención crónica
- Un hospital de rehabilitación crónica
- Un centro de enfermería
 - Un centro de enfermería es una institución certificada por el estado para ofrecer atención médica y de enfermería especializada las 24 horas del día, rehabilitación o servicios relacionados con la salud a personas que no necesitan atención hospitalaria.
 - Si pierde la cobertura de Medicaid mientras se encuentra en un centro de enfermería, es posible que no pueda volver a inscribirse en Kaiser Permanente. Si esto ocurre, deberá solicitar Medicaid conforme a las reglas de cobertura de atención a largo plazo.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) o a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

B. Beneficios Esenciales: Atención a Largo Plazo

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Servicios/dispositivos de rehabilitación

Se trata de servicios de atención para la salud que le ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones de la vida diaria. Estos son algunos de los servicios disponibles:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Patología del habla
- Para los miembros de 21 años o menos, consulte **EPSDT**.

Servicios de Salud a Domicilio

Se trata de servicios y suministros de atención médica que usted recibe en su hogar según las órdenes de su médico. Los servicios se prestan a tiempo parcial o según sea necesario. La atención médica a domicilio no incluye ayuda con tareas no médicas, tales como cocinar y limpiar. Estos son algunos de los servicios disponibles:

- Servicios de enfermería especializada.
- Servicios de auxiliares de salud a domicilio
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
- Suministros médicos utilizados durante la visita. Consulte **Suministros Médicos Duraderos y Suministros Médicos Desechables**.

Servicios de Cuidados Paliativos

Los servicios a domicilio o de **paciente hospitalizado** brindan consuelo y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicio y Dispositivos de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios

Servicios de Atención para la Salud que ayudan a una persona a mantener, restaurar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que haya perdido o se hayan visto afectadas debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos son algunos de los servicios disponibles:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Patología del habla
- Si tiene menos de 21 años, consulte **EPSDT**.

C. Otros Beneficios Cubiertos: Atención a Largo Plazo

Kaiser Permanente no cubre algunos beneficios que Medicaid de Maryland sí cubre directamente si son **necesarios desde el punto de vista médico**. Deberá usar su tarjeta de Medicaid roja y blanca cuando reciba estos servicios. Para obtener más información, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Servicios en Centros de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual o Personas con Condiciones Relacionadas (Intermediate Care Facility/Individual with Intellectual Disabilities, ICF/IID).

Un centro de cuidados intermedios (ICF) es un lugar que proporciona atención a largo plazo a personas que necesitan más ayuda que la que se ofrece en una residencia, pero menos atención que la que se brinda en un centro de enfermería especializada. El objetivo de estos servicios es ayudar a las personas a recuperarse y aumentar su independencia.

Servicios de cuidados médicos diurnos

Los Servicios de Cuidados Médicos Diurnos son programas grupales estructurados que brindan servicios de salud, sociales y de apoyo relacionados a adultos con discapacidad funcional, de 16 años o más.

El programa proporciona atención en un entorno comunitario, ofreciendo a las personas una alternativa al centro de atención de enfermería. Estos son centros con licencia estatal.

Servicios especializados de cuidado personal

Los servicios de atención personal especializada son servicios médicos que solo puede brindar un profesional de la salud con licencia, como un enfermero o un terapeuta. Estos servicios van más allá de la ayuda básica para las actividades diarias que puede proporcionar un cuidador no médico. Algunos ejemplos de cuidados personales especializados que su médico puede recetar son el cuidado de las heridas, el cambio de sondas de alimentación y la fisioterapia.

14. Servicios de Farmacia y Medicamentos Recetados

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios.

Los medicamentos recetados son fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta médica, también conocida como orden médica. Su médico, enfermero o asistente médico profesional que le escribe la receta se conoce como profesional que receta autorizado.

La cobertura de medicamentos recetados incluye:

- Píldoras y dispositivos para el control de la natalidad
- Vitaminas masticables para niños de 12 años o menos
- Aspirina recubierta para la artritis
- Insulina
- Píldoras de hierro (sulfato ferroso)
- Agujas y jeringas

La mayoría de los **medicamentos recetados** tienen un **copago** de \$1 o \$3. No hay **copago** para los medicamentos o vacunas de **planificación familiar** que cubre el seguro. No hay **copago** para los medicamentos recetados para las personas menores de 21 años, las mujeres embarazadas, los nativos americanos o las personas que viven en centros de **atención a largo plazo**.

Puede obtener preservativos de látex y anticonceptivos de emergencia en una farmacia sin receta médica.

A. Lista de Medicamentos Preferidos

La lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) también se conoce como **Lista de medicamentos recetados disponibles**. Esta es una lista de medicamentos recetados, tanto genéricos como de marca, que cubrimos. Los medicamentos de esta lista son los mejores en cuanto a seguridad, eficacia y costo. El profesional que le receta utilizará esta lista para recetarle su medicamento. Algunos medicamentos pueden requerir **autorización previa**. Algunos pueden tener límites de cantidad o de edad.

Para consultar nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, visite la **lista de medicamentos preferidos de Kaiser Permanente** en kp.org/formulary (haga clic en "Español"). Si desea que le enviemos una copia de la Lista de medicamentos recetados disponibles por correo postal, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY 711).

Si tiene alguna pregunta sobre un medicamento recetado o el **copago**, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY 711).

15. Telesalud y nuevas tecnologías

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea necesario desde el punto de vista médico, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Un servicio de telemedicina está sujeto a las mismas normas de cobertura y **autorizaciones previas** que un servicio presencial. Consulte **Autorreferido Médico**.

La telesalud sincrónica es una consulta bidireccional en tiempo real en la que usted y su médico interactúan entre sí. Puede reunirse con tu proveedor cara a cara a través de una videollamada en línea. Puede participar en la reunión desde prácticamente cualquier lugar utilizando su ordenador, teléfono o tableta. Su proveedor debe reunirse con usted desde un espacio privado, tal como lo haría en una consulta en persona. Algunas consultas de telesalud pueden consistir en una conversación telefónica entre usted y su proveedor, dependiendo del servicio.

Un servicio de atención para la salud proporcionado a través de telesalud debe:

- Ser un servicio que el proveedor puede ofrecer.
- Ser el servicio adecuado para sus necesidades médicas.
- Cumplir con el mismo estándar de atención que un servicio que se proporciona en persona.

Existen algunos servicios de atención para la salud que no son elegibles para telesalud.

Un servicio de telesalud no incluye el envío de correos electrónicos, faxes ni algunas conversaciones telefónicas entre un proveedor de atención médica y un paciente.

Otros servicios de telesalud cubiertos incluyen la monitorización remota de pacientes y la tecnología de almacenamiento y reenvío utilizada en servicios de dermatología, oftalmología o radiología. Esto se conoce como telesalud asíncrona y no implica una interacción en tiempo real entre usted y su proveedor de atención médica.

Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) o a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Nuevas Tecnologías y otros Avances

Kaiser Permanente cuenta con un proceso de revisión para decidir cómo y cuándo cubrir los avances en medicina. Revisamos periódicamente las novedades en:

- Tecnología médica.
- Medicamentos.
- Procedimientos.
- Tratamientos.

Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

16. Servicios de Cuidado de la Vista

Cuidado de los ojos

Todas las organizaciones para la atención médica administrada de Maryland Medicaid HealthChoice deben cubrir este beneficio médico esencial.

El programa Medicaid de Maryland solo cubre un beneficio si es **necesario desde el punto de vista médico**. No debería tener que pagar de su bolsillo por un beneficio cubierto que sea **necesario desde el punto de vista médico**, excepto en el caso de los **medicamentos recetados**.

Deberá usar su tarjeta de Kaiser Permanente cuando reciba estos servicios. Algunos servicios pueden requerir un referido o una **autorización previa**. Consulte **Autorreferido Médico**.

Utilice el **directorio de proveedores** en kp.org/doctors (haga clic en "Español") para buscar un proveedor de Kaiser Permanente que acepte Medicaid y obtener la atención que necesita cerca de usted. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

A. Adultos mayores de 21 años

- Exámenes de los ojos cada dos años.
- Para obtener más información sobre los beneficios de la vista, consulte los Beneficios adicionales de Kaiser Permanente.

B. Niños y jóvenes menores de 21 años

- Un examen de los ojos cada año.
- Un par de anteojos por año.
- Lentes de contacto si son **médicamente necesarios**.
- Consulte la información sobre **los servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT)**.

C. Miembros con Diabetes

- Un examen de los ojos cada año.
- Un par de anteojos por año.

Llame al Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de la vista.

17. Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM)

El programa de Administración de Casos Raros y Costosos (Rare and Expensive Case Management, REM) proporciona administración de casos médicos y otros servicios a personas que cumplen los requisitos y que padecen afecciones médicas específicas. **Este es un programa voluntario.**

Si se inscribe en el Programa REM, dejará de recibir su cobertura de atención médica de Kaiser Permanente o de cualquier otra organización para la atención médica administrada por HealthChoice. Recibirá todos sus beneficios de atención médica directamente a través de Medicaid de Maryland.

Para ser elegible para el Programa REM, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Cumplir los requisitos para participar en el programa de atención médica administrada HealthChoice.
- Tener al menos una afección rara y costosa para su grupo de edad.
- Elegir participar en el programa REM.

Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información sobre las afecciones médicas que le permitirán acceder a este programa. También puede llamar Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)** o a **nuestro coordinador de necesidades especiales al 202-570-8800** para obtener más información.

Los beneficios de REM incluyen:

- Evaluación y servicios de administración de casos
- Servicios de un asistente de enfermería certificado (Certified Nursing Assistant, CNA) y técnico certificado en administración de medicamentos (Certified Medication Technician, CMT)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de un auxiliar de salud domiciliaria (Home Health Aide, HHA) y técnico certificado en administración de medicamentos (CMT)
- Asesoramiento nutricional y suplementos
- Terapia ocupacional
- Servicios de enfermería privada. y por turnos
- Patología del habla y del lenguaje

Debe solicitar el Programa REM y el Programa Medicaid de Maryland debe aprobar su solicitud. Si se aprueba, el programa le asignará un administrador de casos de REM. Su administrador de casos de REM trabajará con usted para gestionar la transición de su cobertura de Kaiser Permanente. Trabajarán con usted para elaborar un plan de atención que satisfaga sus necesidades de atención médica.

Para obtener más información y saber cómo presentar su solicitud, llame al Programa REM al **800-565-8190**.

Visite ahora a la página web de REM. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: **bit.ly/4dnz45Q** o escanee el código QR.



18. Autorreferido Médico

Puede obtener ciertos servicios de atención médica de un proveedor que no forma parte de la **red** de Kaiser Permanente. No necesitará un referido de su proveedor de atención médica primaria. Kaiser Permanente cubrirá estos servicios incluso si el proveedor está **fuera de su red**. Sin embargo, el proveedor debe ser un proveedor participante de Medicaid.

Los servicios de autorreferido médico incluyen:

- Centros de maternidad
- Pruebas de COVID-19
- Diálisis
- Servicios de doula
- Atención de Emergencia, servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Evaluación para la colocación en cuidados de crianza
- Evaluación de diagnóstico del VIH/SIDA
- Revisión del bebé recién nacido
- Embarazo, ciertas condiciones
- Centros de salud escolares
- Especialista en niños con necesidades especiales

19. Continuidad de la Atención

Es posible que tenga derecho a transferir una **autorización previa** o seguir viendo a **un proveedor fuera de la red** si actualmente recibe atención médica y:

- Son nuevos en HealthChoice
- Cambió su organización de atención médica administrada de HealthChoice
- Se cambió a HealthChoice desde otro plan de salud

Límite de tiempo

Estos derechos suelen durar 90 días desde que comienza su nueva cobertura o hasta que finaliza su tratamiento, lo que ocurra primero. Si está embarazada, estos derechos se extienden durante todo el embarazo hasta la primera visita al médico después del parto.

Limitaciones

Estos derechos no se aplican a:

- **Servicios dentales**
- Servicios de salud mental
- Servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias
- Servicios proporcionados por el programa de pago por servicio de Medicaid de Maryland, consulte **Otros beneficios cubiertos**.

A. Transferencia de una preautorización

Si su plan de salud anterior aprobó una cirugía u otro servicio, es posible que no necesite obtener una nueva aprobación de Kaiser Permanente. Llame a los servicios para miembros al **855-249-5019 (TTY 711)** si desea utilizar esa aprobación. Necesitaremos una copia de la **preautorización**. Si no tiene una copia, comuníquese con su plan de salud anterior. Ellos deben darle una copia dentro de los 10 días.

Si estaba recibiendo atención de un médico **que estaba en la red** de su plan de salud anterior pero está fuera de la red, es posible que pueda seguir viéndolo temporalmente. Debes contactarnos para solicitarlo. Este derecho sólo se aplica a condiciones específicas como:

- Una condición aguda, por ejemplo un hueso roto
- Una enfermedad crónica grave, por ejemplo el cáncer
- Embarazo
- Otras condiciones acordadas entre usted y su proveedor

Si tiene preguntas, llame a los servicios para miembros al **855-249-5019 (TTY 711)** o a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Tiene derecho a **apelar** una denegación para transferir una **autorización previa** o para ver a su proveedor anterior. Consulte **presentar una queja, reclamo o apelación**.

20. Cobertura Fuera de las Áreas de Servicio

La red de proveedores de Kaiser Permanente ofrece muchas opciones de atención en toda nuestra área de servicio, que incluye los siguientes condados: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Charles, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's y St. Mary's.

También cubrimos la atención en un estado cercano solo si el proveedor está en nuestra **red** o si organizamos su atención. Consulte **Continuidad de la atención** para conocer las excepciones.

Solo cubrimos servicios de **atención de emergencia** y **atención posterior a la estabilización** cuando se encuentra fuera de Maryland.

Si necesita atención que no sea de emergencia fuera de nuestra área de servicio, llame a su proveedor de atención primaria o a los servicios para miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) para obtener ayuda.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, puede cambiarse a otro plan de atención médica administrada. Consulte **Cambio de planes de atención médica administrada**.



21. Otro Seguro

Coordinación de Beneficios

Medicaid coordina los beneficios con otras aseguradoras como pagador secundario de todos los demás pagadores. Esto significa que si una aseguradora y Medicaid cubren un beneficio, el otro pagador es el primero responsable de realizar el pago. Por ley, Medicaid es el pagador de último recurso.

Esto se conoce como responsabilidad civil de terceros. Otras fuentes de cobertura, o un tercero, pueden incluir

- **Seguro médico** patrocinado por el empleador
- Seguro **de atención a largo plazo**
- Medicare
- Otros programas estatales y federales
- **Seguro médico** privado
- Liquidación de una aseguradora de responsabilidad civil
- Seguro de los trabajadores (Workers' Compensation)

Informar sobre otros seguros

Debes informar si tienes otra cobertura. Llame a los servicios para miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) para informar sobre cualquier otro plan o cobertura de seguro.

Informe siempre a su proveedor sobre sus otros seguros. Indique su seguro que no sea Medicaid como su seguro principal.

Responsabilidad civil ante terceros y lesiones laborales

Debe informar a Kaiser Permanente si recibe atención por una lesión causada por un accidente automovilístico o una lesión relacionada con el trabajo. Generalmente, un asegurador externo es responsable del pago. Llame a los servicios para miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) para hacer un informe.

22. Cambios en los planes de atención médica administrada

Regla de 90 días para nuevos miembros de Medicaid

Tiene 90 días para elegir un plan de salud de atención médica administrada diferente por cualquier motivo cuando se une por primera vez a Medicaid. Sólo podrás cambiar tu plan una vez durante este tiempo. Debes permanecer con tu plan durante 12 meses antes de poder realizar un cambio, excepto por determinados motivos.

Miembros de Medicaid reinscritos

Si pierde su cobertura de Medicaid y vuelve a solicitarla dentro de los 120 días, y es elegible, Medicaid lo inscribirá nuevamente automáticamente en el mismo plan.

Excepciones de cambio

Puedes cambiar tu plan en cualquier momento si

- Tu te mueves
 - Si se muda a un condado donde su plan de salud actual no ofrece atención.
- Te quedas sin hogar
 - Si otro plan ofrece atención más cerca de donde usted se hospeda, lo que hace que sea más fácil llegar a las citas.
- Familia en diferentes planes
 - Una familia con uno o más miembros del hogar en un plan y uno o más miembros en un plan diferente puede trasladar a todos al mismo plan. Para ello utilizarás el motivo del cambio “unificación familiar”. Hay una sola excepción. Un recién nacido debe permanecer con el plan de sus padres durante los primeros 90 días después del nacimiento.
- Colocación de niños de acogida
 - Si un niño de crianza se une a su familia, puede cambiar al niño a su plan si usted u otros miembros de la familia están en un plan diferente.
- El contrato de su proveedor de atención médica primaria finaliza
 - Si su plan finaliza su contrato con su proveedor de atención médica primaria. Recibirás un aviso para informarte si esto sucede. Necesitará elegir un nuevo proveedor de atención médica primaria. Consulte **Elija su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)** para obtener más información.

Es posible que pueda cambiar su plan **si Medicaid lo aprueba** cuando:

- Experimenta una mala calidad de atención.
- No puede acceder a los servicios que necesita con Kaiser Permanente.
- Desea consultar a un proveedor con experiencia en sus necesidades de atención médica que no esté en la red de proveedores de Kaiser Permanente.

No puedes cambiar tu plan cuando:

- Estás en un hospital.
- Estás en una instalación de enfermería.

Cómo cambiar tu plan

Debe comunicarse con Maryland Health Connection al **855-642-8572** para realizar un cambio. **Tenga en cuenta que Kaiser Permanente no puede cambiar su plan.**

23. Cancelación de la afiliación

La cancelación de la afiliación significa que su cobertura finaliza. Si su cobertura de Medicaid finaliza, su cobertura de Kaiser Permanente también finalizará. A veces, su cobertura de Kaiser Permanente puede finalizar, pero su cobertura de Medicaid continuará.

A. Cuándo podría terminar su cobertura de Kaiser Permanente

Medicaid o Kaiser Permanente pueden cancelar su inscripción (es decir, finalizar la cobertura de su plan, no su cobertura de Medicare) por determinados motivos.

Podemos cancelar su inscripción si:

- Ha estado en una instalación de enfermería durante más de 90 días seguidos.
 - Usted puede ser elegible para la cobertura de Medicaid de atención a largo plazo.
- Ahora se encuentra en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual.
- Usted se une al Programa de Administración de Casos Raros y Costosos (REM).
- Su tipo de cobertura de Medicaid, conocido como categoría de asistencia, cambia a una no elegible para atención médica administrada. Un ejemplo sería si usted se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo.
- Tienes 65 años de edad o más.
- Estás en la cárcel o prisión.
- Usted se inscribe en Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad.
 - Las personas que tienen cobertura de Medicare y Medicaid no reciben atención a través de un plan de atención médica administrada.
- Se muda fuera del área de servicio de Kaiser Permanente.

Medicaid cancelará su inscripción si la inscripción en el plan de atención administrada es errónea y la inscripción al plan no es válida. Medicaid también cancelará la inscripción de un miembro en el momento de su muerte.

B. Cuándo podría terminar su cobertura de Medicaid

Su cobertura de Medicaid puede finalizar (es decir, finalizar) por varios motivos.

Puede perder la cobertura de Medicaid si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- No renueva su cobertura de Medicaid.

Si su cobertura de Medicaid finaliza, su cobertura de Kaiser Permanente también finalizará.

Si pierde su cobertura de Medicaid y vuelve a solicitarla dentro de los 120 días, y es elegible, Medicaid lo inscribirá nuevamente automáticamente en Kaiser Permanente. Su cobertura de Kaiser Permanente comenzará nuevamente dentro de 10 días.

24. Explicación de beneficios o aviso de denegación de pago

Una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un aviso de Denegación de Pago muestra un resumen de los servicios que facturó su médico. Enumera el tipo de servicio, la fecha, el monto facturado y el monto pagado por Kaiser Permanente. **Esto no es una factura.** Simplemente te dice lo que Kaiser Permanente ha pagado. Si ve un error, como un servicio que no recibió, llame a servicios para miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) de inmediato.

25. Derechos y protecciones de facturación de Medicaid

Es posible que un proveedor de Medicaid no le facture un beneficio cubierto por Medicaid que sea **médicamente necesario**. No debe pagar de su bolsillo por estos medicamentos, excepto en el caso de las **recetas**.

Asegúrese de consultar a un proveedor participante de Medicaid para su atención médica. De lo contrario, es posible que tengas que pagar por el servicio.

Utilice nuestro **directorio de proveedores** de Kaiser Permanente en **kp.org/doctors** (haga clic en "Español") para buscar por nombre de proveedor y encontrar un proveedor de Medicaid participante en nuestra **red**.

Recuerde que es posible que tenga que pagar por la atención que reciba de un proveedor que no sea parte de Medicaid.

Si recibe una factura por un servicio cubierto, **no la pague**. Comuníquese con el proveedor que envió la factura para obtener ayuda. Si el proveedor dice que usted no tenía cobertura en la fecha del servicio o que Kaiser Permanente no pagó, llame a servicios para miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) para obtener ayuda.

Si aún necesita ayuda, llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

También es posible que pueda presentar una queja ante el Fiscal General de Maryland. Para obtener más información, visite la página web de **Educación para la salud y Defensa de la Salud**.

26. Atención preventiva para adultos

¿Qué es la atención preventiva? Son cosas que usted puede hacer para ayudar a mantenerse bien, como vacunarse contra la gripe cada año o comer alimentos saludables. Incluye pruebas de detección preventivas. Son servicios de atención sanitaria para comprobar su salud y bienestar. Recibir atención preventiva de rutina puede ayudarle a mantenerse bien y detectar problemas de forma temprana, cuando pueden ser más fáciles de tratar.

Las pruebas de detección preventivas y procedimientos se basan en su edad, sexo, estado de salud, antecedentes familiares y otros factores. Hable con su proveedor de atención médica primaria sobre las pruebas de detección y los procedimientos que podría necesitar y con qué frecuencia podría necesitarlos.

Las mujeres pueden consultar a un obstetra-ginecólogo o a una enfermera partera certificada sin necesidad de un referido. Esto incluye atención de rutina y preventiva, como exámenes médicos, exámenes de mama, mamografías y pruebas de Papanicolaou. Mantenerse al día con sus vacunas es una de las mejores cosas que puede hacer para proteger su salud. Si está embarazada o tiene una condición médica que la pone en mayor riesgo de infecciones, hable con su proveedor de atención médica primaria sobre qué vacunas son adecuadas para usted.

Informe siempre a su proveedor de atención primaria si algo ha cambiado desde su última visita al consultorio. Brindar siempre la información más honesta y actualizada sobre su salud física, social y mental para que pueda obtener la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

A. Recomendaciones de Atención Preventiva para Adultos

B. Atención Médica General

| | |
|---|---|
| Chequeo de rutina | Cada año |
| Detección de ansiedad y depresión | Cada año |
| Revisión y limpieza dental | Ver Dental . |
| Detección de violencia de pareja | Mujeres en edad reproductiva |
| Consumo/abuso de sustancias: alcohol, tabaco, otras | 18+. Cada año, más en función del riesgo. |

C. Detección y procedimientos*

| | |
|---|--|
| Monitoreo de la presión arterial - hipertensión | Cada año |
| Cáncer relacionado con BRCA | Mujeres con antecedentes personales o familiares de cáncer de mama, ovario, trompas o peritoneal |
| Prueba de detección de cáncer de seno | Cada dos años a partir de los 40 y hasta los 75 años |
| Pruebas de detección de cáncer cervicouterino | Cada 3 años para miembros con órganos reproductivos internos de 21 a 29 años, cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años |

*Las recomendaciones de detección y procedimiento se basan en la guía del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF). Para conocer las últimas recomendaciones, consulte al **USPSTF**.

| | |
|--|--|
| Colesterol | Cada 5 años desde los 35 años para los hombres y desde los 45 para las mujeres, desde los 20 años si tiene un riesgo elevado |
| Prueba de detección del cáncer de colon | Edad 50-75, la frecuencia depende de la prueba utilizada: basada en heces: anualmente a cada 3 años, colon sigmoideo flexor cada 5 años, colonografía por TC cada 5 años o colonoscopia cada 10 años |
| Prediabetes y diabetes tipo 2 | Adultos de 35 a 70 años con sobrepeso u obesidad |
| Infección tuberculosa latente | Mayor riesgo para mayores de 18 años |
| Prueba de Detección de Cáncer de Pulmón | Anualmente, para adultos de 50 a 80 años con antecedentes de tabaquismo de 20 paquetes-año que fuman activamente o dejaron de fumar hace menos de 15 años, se realiza una prueba de detección mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) |
| VIH Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) | Basado en la categoría de riesgo |
| Hepatitis B | Adultos con mayor riesgo |
| Hepatitis C | 18+ una vez, con mayor frecuencia para aquellos con mayor riesgo |
| Clamidia y gonorrea | Mujeres sexualmente activas de 24 años o menos, y en mujeres de 25 años o más que tienen mayor riesgo de infección |
| Infección por sífilis | Adultos con mayor riesgo |

Vacunas recomendadas para adultos mayores de 19 años

D. Vacunas**

| | |
|------------------------------------|---|
| COVID-19 | Al menos una dosis de la vacuna actual contra la COVID-19 o según el consejo de su médico |
| Gripe/influenza | Cada año |
| Virus respiratorio sincitial (VRS) | Una dosis para mayores de 60 años o embarazadas |
| Tdap/Td | Una dosis de refuerzo cada 10 años y en cada embarazo |
| MMR | Si tiene 66 años o menos, una o dos dosis |
| Varicela | Si nació en EE. UU. y tiene 43 años o menos, dos dosis |
| Culebrilla | Mayores de 50 años, dos dosis, o más jóvenes según el consejo de su médico |
| VPH | 26 años o menos: dos o tres dosis, si tiene entre 27 y 45 años, según el consejo de su médico |
| Neumonía | Basado en el riesgo |
| Hepatitis A | Según el riesgo o el consejo de su médico |
| Hepatitis B; | De 19 a 59 años, según el riesgo o el consejo de su médico |
| Meningitis | Según el riesgo o el consejo de su médico |
| Hib | Para adultos con ciertas afecciones médicas según el consejo de su médico |
| Mpox | Según el riesgo o el consejo de su médico |

Las recomendaciones de vacunación se basan en las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) de EE. UU. Para obtener la información más reciente, visite las **Vacunas recomendadas por los CDC para adultos.

E. Conozca su historia familiar

Habla con tu familia y luego con tu médico. Puede utilizar el Retrato de Salud Familiar de los CDC para realizar un seguimiento de su información. Asegúrese de actualizar esta información periódicamente y compartir lo que ha aprendido con su familia y su médico. Obtenga más información sobre **Mi Retrato de Salud Familiar**.

F. Acceda a sus registros oficiales de vacunación

Puede ver e imprimir su registro oficial de vacunación en línea. Es gratis, sencillo y seguro. Para registrarse o iniciar sesión, visite **myirmobile.com**.

27. Cuidado de niños sanos

¿Qué es una visita de bienestar infantil? Una visita de bienestar infantil (también llamada chequeo) es cuando usted lleva a su hijo al médico para asegurarse de que esté sano y se esté desarrollando normalmente. Esto es diferente de las visitas por enfermedad o lesión.

Llevar a su hijo a su control de bienestar infantil regularmente puede ayudarlo a mantenerse bien y a detectar problemas de manera temprana, cuando pueden ser más fáciles de tratar.

En una visita de control para niños sanos, puede hablar con su proveedor y hacerle preguntas sobre cómo está creciendo y desarrollándose su hijo. Su hijo también recibirá sus vacunas o inmunizaciones durante su visita de control. Mantenerse al día con las vacunas de su hijo es una de las mejores cosas que puede hacer para proteger su salud.

Si está preocupado por la salud de su hijo, llame a su proveedor de inmediato. No espere hasta su próxima visita programada.

A. Prueba de envenenamiento por plomo en la sangre

Una prueba de plomo en la sangre es la mejor manera de saber si un niño tiene intoxicación por plomo. Su proveedor tomará una pequeña cantidad de sangre del dedo, el talón o el brazo de su hijo para analizarla.

Medicaid exige pruebas de plomo para todos los niños a los 12 y 24 meses de edad. Medicaid también requiere pruebas para niños de 24 a 72 meses si no hay registro de pruebas.

B. Programación de las consultas de bienestar infantil

La frecuencia con la que verá al médico, recibirá servicios, exámenes y vacunas dependerá de lo que su proveedor considere adecuado para su hijo.

Recomendamos visitas:

- De 3 a 5 días de edad
- 1 mes de edad
- 2 meses de edad
- 4 meses de edad
- 6 meses de edad
- 9 meses
- 12 meses de edad
- 15 meses de edad
- 18 meses de edad
- 2 años de edad (24 meses)
- 2 años y medio (30 meses)
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- 6 años

Después de los seis años de edad, su hijo seguirá teniendo un control de bienestar infantil preventivo una vez al año. Recibirán todas las vacunas que necesiten para su grupo de edad durante su visita.

C. Vacunas recomendadas por los CDC desde el nacimiento hasta los seis años

¡A medida que crezca, su hijo deberá recibir vacunas!

Vacunas recomendadas en 2025 para niños de 0 a 6 años

¿Necesita más información?
Escanee este código QR para averiguar qué
vacunas podría necesitar su hijo. O visite
www2.cdc.gov/vaccines/childquiz/



| VACUNA O ANTICUERPO PREVENTIVO | NACIMIENTO | 1 MES | 2 MES | 4 MES | 6 MES | 7 MES | 8 MES | 12 MES | 15 MES | 18 MES | 19 MES | 20-23 MES | 2-3 MES | 4-6 MES | |
|---|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------|------------|------------|---------|
| Anticuerpo contra el virus respiratorio sincitial (Respiratory Syncytial Virus, RSV) | Depende del estatus de vacunación de la madre contra el RSV | | | | | | | Depende del estado de salud del niño | | | | | | | |
| Hepatitis B | Dosis 1 | Dosis 2 | | | Dosis 3 | | | | | | | | | | |
| Rotavirus | | | Dosis 1 | Dosis 2 | Dosis 3 | | | | | | | | | | |
| Difteria, tétanos y tos ferina acetular (Diphtheria, Tetanus, and Pertussis, DTaP) | | | Dosis 1 | Dosis 2 | Dosis 3 | | | | Dosis 4 | | | | | Dosis 5 | |
| Hib | | | Dosis 1 | Dosis 2 | Dosis 3 | | | Dosis 4 | | | | | | | |
| Vacuna antineumocócica | | | Dosis 1 | Dosis 2 | Dosis 3 | | | Dosis 4 | | | | | | | |
| Poliomielitis | | | Dosis 1 | Dosis 2 | Dosis 3 | | | | | | | | | | Dosis 4 |
| COVID-19 | | | | | Al menos una dosis de la vacuna actual contra la COVID 19 | | | | | | | | | | |
| Gripe/influenza | | | | | Cada año. Dos dosis para algunos niños | | | | | | | | | | |
| MMR | | | | | | | | Dosis 1 | | | | | | Dosis 2 | |
| Varicela | | | | | | | | Dosis 1 | | | | | | Dosis 2 | |
| Hepatitis A | | | | | | | | 2 dosis con una separación de 6 meses | | | | | | | |

CLAVE

- TODOS los niños deben ser inmunizados a esta edad.
- ALGUNOS niños deben recibir esta dosis de vacuna o anticuerpo preventivo a esta edad.

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo para obtener más información si:

1. Su hijo tiene alguna afección médica que lo pone en mayor riesgo de infección.
2. Su hijo está viajando fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, visite wwwnc.cdc.gov/travel.
3. Su hijo no recibe una vacuna recomendada para su edad.



PARA MÁS INFORMACIÓN
Llame gratis al: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www2.cdc.gov/vaccines/childquiz/



Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention); Materiales desarrollados por CDC.

El uso de este material por parte del Departamento de Salud de Maryland y Kaiser Permanente no implica el respaldo de los CDC, la ATSDR, el HHS o el gobierno de los Estados Unidos. El material también está disponible en el sitio web de los CDC sin cargo.

28. Pautas de práctica de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente utiliza pautas de práctica para garantizar que usted reciba atención segura y de alta calidad. Estas pautas se basan en investigaciones médicas y asesoramiento de expertos. Ayudan a los médicos y otros proveedores a conocer las mejores formas de tratar determinadas afecciones de salud. Las guías también consideran sus necesidades. Kaiser Permanente los utiliza para decidir qué servicios cubrir, cómo administrar su atención y cómo ayudarlo a comprender sus opciones de tratamiento. Actualizamos nuestras guías de práctica según sea necesario. Puede solicitar una copia de las guías en cualquier momento. Llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

29. Derechos y Responsabilidades

Derechos de los miembros a la Atención médica administrada HealthChoice

- Recibir un trato respetuoso y que se considere su dignidad y privacidad.
- Obtener información sincera y fácil de entender sobre sus opciones de tratamiento, incluso si cuestan más o su plan no las cubre.
- Participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Ser libre de no someterse a ningún tipo de control físico o mental ni dejarse intimidar para que acepte algo, lo castiguen o porque sea más fácil para otra persona.
- Solicitar y obtener una copia de su historial médico. También puede solicitar correcciones a su expediente.
- Ejercer sus derechos y saber que el ejercicio de esos derechos no afectará de manera negativa la forma en que el Departamento de Salud de Maryland, Kaiser Permanente o nuestros proveedores lo tratan.
- Presentar una queja informal, queja formal o **apelación** ante Kaiser Permanente.
- Solicitud para continuar con los beneficios de Medicaid mientras su **apelación** o audiencia estatal imparcial está pendiente.
NOTA: Es posible que tenga que pagar por cualquier atención que reciba durante este tiempo si se mantiene la decisión original.
- Obtenga una segunda opinión de otro proveedor de la **red** de Kaiser Permanente si no está de acuerdo con la opinión de su proveedor sobre un servicio que necesita. Llame a Servicios a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)** para obtener ayuda para encontrar otro proveedor.
- Hacer o negarse a realizar instrucciones anticipadas para decisiones sobre la atención médica. Para obtener más información, consulte la **página web de instrucciones anticipadas del Fiscal General de Maryland**.
- Solicite y obtenga información sobre cómo Kaiser Permanente maneja la organización. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.
- Solicite y obtenga información sobre los servicios del plan de salud, los profesionales médicos, los proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros.

Responsabilidades de los miembros a la Atención médica administrada HealthChoice

- Trate a todos aquellos que trabajan con usted con respeto y dignidad.
- Llegue a tiempo a su cita.
- Cancele su cita de inmediato si no puede asistir.
- Lleve siempre consigo su tarjeta de miembro de Medicaid y Kaiser Permanente.
- Nunca permita que otra persona utilice su tarjeta de Medicaid o de Kaiser Permanente.
- Informe a Kaiser Permanente sobre una tarjeta de identificación de miembro perdida o robada y obtenga una nueva tarjeta.
- Informe a su proveedor y a Kaiser Permanente sobre otra cobertura de **seguro médico**.
- Trabaje con su proveedor de atención primaria para crear un plan de atención juntos.
- Trabaje con sus proveedores y siga los planes e instrucciones de atención que haya acordado con ellos.

- Haga preguntas sobre su atención médica e informe a su proveedor si no comprende algo.
- Proporcione información de salud honesta y actualizada a sus proveedores.
- Vaya a la sala de emergencias sólo para una **emergencia médica**. Informe a su proveedor de atención médica primaria lo antes posible cuando haya recibido atención médica de emergencia.
- Informe a sus cuidadores sobre cualquier cambio en sus instrucciones anticipadas.
- Llame a Servicios a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**) si tiene un problema o una queja.
- Informe los cambios necesarios en su estado dentro de los 10 días a Maryland Health Connection.

30. Privacidad y Confidencialidad

Aviso sobre prácticas de privacidad de Kaiser Permanente

Esta sección describe cómo se puede usar y divulgar la información médica de los pacientes. Además, describe cómo los pacientes pueden acceder a esta información.

La privacidad de la información de los pacientes es importante para nosotros. Esto se aplica tanto a la información verbal y escrita como a la información en formato electrónico. La información médica protegida (Protected Health Information, PHI) de los pacientes es información que contiene ciertos identificadores personales como el nombre, el número de seguro social, el número de historia clínica, la raza, la etnia y el idioma. La historia clínica del paciente es PHI porque incluye el nombre del paciente, así como otros datos que le identifican.

Los nuevos miembros reciben el Aviso sobre prácticas de privacidad de Kaiser Permanente, tal como lo exige la ley federal. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la PHI. Este Aviso de Prácticas de Privacidad está publicado en los centros médicos de Kaiser Permanente. Además se encuentra en nuestro sitio web, kp.org/espanol. El Aviso sobre prácticas de privacidad proporciona una descripción completa de los derechos y las protecciones. A continuación, se muestran los aspectos más destacados de ese aviso.

Los miembros tienen derecho a recibir y solicitar su PHI. Pueden solicitarla en la oficina de historias clínicas del centro donde reciben atención. Los miembros pueden pedir información sobre nuestras divulgaciones de la PHI a terceros, como departamentos de salud y el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health, MDH), cuando tengamos la obligación legal de compartir la información y podamos hacerlo sin obtener el permiso por escrito del miembro. Los miembros también pueden pedir que actualicemos la PHI si creen que hay un error o que falta información.

El grado de PHI que se divulga sin permiso del miembro puede variar. Por ejemplo, el personal del centro médico de Kaiser Permanente necesita acceder para proporcionar tratamiento y servicios a los miembros. Para poder facturar o pagar dichos servicios, nuestro personal de codificación, reclamación y facturación necesita acceso a la PHI. Debido a que la protección de los miembros y la calidad de nuestra atención son muy importantes para nosotros, nuestro personal de calidad, licencias y cumplimiento tienen acceso limitado a la PHI.

Llame a Servicio a los Miembros si desea obtener una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de Kaiser Permanente completo o si tiene preguntas sobre el mismo. El Aviso sobre prácticas de privacidad de Kaiser Permanente también está disponible en kp.org/privacy (haga clic en "Español").

31. Declaración Afirmativa de Supervisión de Utilización de Servicios

La Administración de la Utilización de Servicios describe las diferentes formas de garantizar que usted reciba la atención correcta en el momento adecuado y el lugar pertinente. El programa de Administración de Utilización de Servicios de Kaiser Permanente emplea los consejos y la cooperación de su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) y otros profesionales médicos. Las actividades de administración de utilización de servicios se realizan en todos los entornos de atención médica en los que brinda atención Kaiser Permanente. Las actividades de administración de utilización incluyen la administración médica hospitalaria, el manejo de casos complejos y el manejo de casos renales, entre otras.

Si desea obtener más información sobre nuestro programa de Administración de la Utilización de Servicios, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros, quien puede proporcionarle:

- Información sobre el estado de un referido o autorización
- una copia de nuestros criterios, pautas o protocolos que se usan para tomar decisiones
- Respuestas a sus preguntas sobre una denegación

Servicio a los Miembros también puede ponerlo en contacto con un integrante del personal de Administración de la Utilización de Servicios.

Comuníquese con los representantes de Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., excepto días festivos, al **855-249-5019** (TTY **711**).

El plan de atención médica de un miembro le brinda cobertura para ciertos beneficios. Se podrían aprobar o negar los servicios de atención médica de un miembro según su plan de atención médica. Los médicos, enfermeros y otros miembros del personal de atención médica de Kaiser Permanente deciden qué tipo de atención es el mejor según las necesidades de cada miembro. Las decisiones se basan en la salud y el plan de atención médica de cada miembro. El personal de atención médica no se beneficia al negar servicios de atención médica a los miembros. Esto no hace más probable que Kaiser Permanente contrate, promueva o despida al personal. Todo el personal de atención médica desea que los miembros reciban la mejor atención posible.

32. Presentar una Queja Informal, Queja Formal o Apelación

Si no está satisfecho con una decisión sobre su atención o si tiene un problema con un servicio o proveedor, tiene derecho a tomar medidas.

Kaiser Permanente tiene un proceso para presentar una queja informal, queja formal o **apelación** para abordar su inquietud.

Queja informal: Presente una queja informal si tiene alguna inquietud sobre la calidad de su atención, el comportamiento de un proveedor o un problema relacionado con el servicio.

Queja formal: Presente una queja formal si no está satisfecho con la forma en que Kaiser Permanente manejó su queja informal.

Apelación: Presente una apelación si Kaiser Permanente ha negado, reducido o finalizado un servicio que usted cree que necesita. Esto se conoce como una determinación de beneficios adversos. Usted o su **representante autorizado** pueden presentar una apelación en su nombre. Debe presentar una apelación dentro de los **60 días** a partir de la fecha de su notificación de negación.

A. Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia estatal imparcial está pendiente

Si Kaiser Permanente le notifica que planeamos reducir o finalizar un servicio, es posible que aún pueda obtener ese servicio si:

- Presentó una apelación o solicitó una audiencia estatal imparcial antes de la fecha límite de presentación.
- Es un servicio que previamente aprobamos para usted.
- El período de cobertura original de los servicios no ha expirado.

Sin embargo, es posible que tenga que reembolsar el costo de cualquier servicio que haya recibido mientras su apelación o audiencia imparcial esté pendiente si Kaiser Permanente o el juez de derecho administrativo confirman la negación. Para obtener más información, consulte **Cuando la decisión de su apelación es a su favor**.

Fecha límite de solicitud

La fecha límite para solicitar seguir recibiendo los servicios es antes de la última de estas fechas:

- Dentro de los 10 días calendario desde que enviamos el aviso de negación, o
- Antes de la fecha en que Kaiser Permanente reducirá o finalizará su servicio.

Puede solicitar mantener los servicios cuando presente una apelación o solicite una audiencia estatal imparcial. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

B. Cómo Presentar una Queja Informal, Queja Formal o Apelación

Asegúrese de actuar con rapidez, ya que existen plazos específicos para la presentación. Si necesita ayuda con la presentación, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Procedimientos Internos de Quejas Formales de Kaiser Permanente

Comuníquese con nosotros directamente, o puede pedirle a un representante o proveedor que presente una queja. Puede llamar, escribir o acudir a uno de nuestros centros médicos para obtener ayuda.

Si tiene una queja, puede comunicarse con nosotros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Si necesita un intérprete o servicios de traducción, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**). Solo usted o alguien con su permiso por escrito puede actuar en su nombre. Puede ser un familiar, un amigo o su médico. Todo lo que necesitamos es un formulario de representante autorizado completo que se puede encontrar en **kp.org/es**. También puede obtener este formulario en los centros médicos o en el departamento local de servicios para miembros.

Apelaciones

Si su queja informal es por un servicio que usted o un proveedor cree que necesita pero nosotros no lo cubrimos, puede pedirnos que revisemos su solicitud nuevamente. A esto se le llama apelación.

Si quiere presentar una apelación, debe presentarla en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que recibió la carta que indica que no cubriríamos el servicio que usted solicitó.

Para presentar una apelación o solicitar ayuda con la presentación de una apelación, comuníquese con Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**), o envíenos una carta a la dirección o al número de fax que se mencionan a continuación.

Puede llamarnos para presentar su apelación, o también puede enviar su apelación por escrito. Tenemos un formulario sencillo que puede usar para presentar su apelación. Solo llame a Kaiser Permanente al **855-249-5019** (TTY **711**) para obtener uno. Le enviaremos por correo o fax el formulario de apelación y, de ser necesario, le ayudaremos a llenarlo.

Cuando llene el formulario, debe enviarlo a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. Attn: Appeals and Correspondence
Unit Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305 Fax: **866-640-9826**

Su médico también puede presentar una apelación en su nombre si firma un formulario dándole permiso. Otras personas también pueden ayudarle a presentar una apelación, como un familiar o un abogado.

Cuando presente una apelación, asegúrese de proporcionarnos toda la información nueva que nos ayude a tomar una decisión. Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su apelación en un plazo de 5 días hábiles. Mientras se esté revisando su apelación, aún podrá enviar o entregar cualquier información adicional que crea que nos ayudará a tomar nuestra decisión.

Cuando revisemos su apelación, haremos lo siguiente:

- Usaremos médicos que conocen el tipo de enfermedad que tiene.
- No usaremos las mismas personas que denegaron su solicitud de un servicio.
- Tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días.

El proceso de apelación puede tomar hasta 44 días si pide más tiempo para presentar información o si necesitamos obtener información adicional de otras fuentes. Le enviaremos una carta si necesitamos información adicional.

Si su médico o Kaiser Permanente creen que su apelación se debería revisar rápidamente debido a la gravedad de su condición, recibirá una decisión sobre su apelación dentro de 72 horas.

Si no creemos que su apelación se tenga que revisar rápidamente, intentaremos llamarle y le enviaremos una carta para informarle que su apelación se revisará en un plazo de 30 días.

Si su apelación tiene que ver con un servicio que ya se había autorizado y que usted estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras revisamos su apelación. Comuníquese con nosotros al **855-249-5019** si desea seguir recibiendo servicios mientras se revisa su apelación. Si no gana su apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras se revisaba la apelación.

Cuando terminemos nuestra revisión, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Si decidimos que no debe recibir el servicio que se le negó, esa carta le indicará cómo presentar otra apelación o solicitar una audiencia estatal imparcial.

Quejas formales

Si su queja es sobre algo aparte de no recibir un servicios, se llama queja formal. Algunos ejemplos de quejas formales serían: no poder encontrar un médico, problemas para programar una cita o no ser tratado de manera justa por alguien que trabaja en Kaiser Permanente o en el consultorio de su médico.

Si su queja es:

- Sobre un problema médico de urgencia que tiene actualmente, se resolverá en 24 horas.
- Sobre un problema médico que no es una urgencia, se resolverá en un plazo de 5 días.
- No es sobre un problema médico, se resolverá en un plazo de 30 días.

Comuníquese con nosotros directamente, o puede pedirle a un representante o proveedor que presente una queja. Puede llamar, escribir o acudir a uno de nuestros centros médicos para obtener ayuda.

Si desea obtener una copia de nuestros procedimientos de presentación de quejas oficiales, o necesita ayuda para presentar una queja, llame al **855-249-5019 (TTY 711)**. Podemos decirle a cuál centro médico debe ir si desea obtener ayuda para llenar los formularios.

O escríbanos a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. Attn: Appeals and Correspondence
Unit Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305 Fax: **866-640-9826**

C. Más Ayuda con una Queja Informal, Queja Formal o Apelación

Obtener Asistencia de la Línea de Ayuda de HealthChoice

Si tiene alguna pregunta o queja sobre su atención médica que Kaiser Permanente no ha resuelto a su satisfacción, puede pedir ayuda a Medicaid de Maryland. Pueden ayudar de la siguiente manera:

- Trabajando con Kaiser Permanente para resolver su problema.
- Enviando su queja a un enfermero consultor de Medicaid de Maryland para que le ayude a resolver el problema.
- Respondiendo preguntas sobre el proceso de apelación y cuándo puede solicitar una audiencia estatal imparcial.

Llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510**.

Solicite a Medicaid de Maryland que revise la decisión de apelación de Kaiser Permanente

Si presentó una apelación y Kaiser Permanente confirmó nuestra decisión, que no es a su favor, puede solicitarle a Medicaid de Maryland que revise nuestra decisión.

Llame a la línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510** para solicitar una revisión. Si confirman la decisión de Kaiser Permanente, puede solicitar una audiencia estatal imparcial.

Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial

Una audiencia imparcial también se conoce como apelación. Primero debe pasar por el proceso de apelación de Kaiser Permanente antes de solicitar una audiencia estatal imparcial.

Tiene **120 días** a partir de la fecha de su notificación de decisión de apelación de Kaiser Permanente para solicitar una audiencia estatal imparcial. Si desea seguir recibiendo servicios mientras su audiencia estatal imparcial está pendiente, consulte **Cómo seguir recibiendo servicios mientras su apelación o audiencia estatal justa está pendiente**. Puede **solicitar una Audiencia Estatal Imparcial en línea**. Vaya al formulario de apelaciones en línea ahora. Escriba este enlace exactamente como aparece en la barra de direcciones de su teléfono o computadora: **<https://bit.ly/3C7ThQO>** o escanee el código QR.



Un juez de derecho administrativo escuchará su caso. El juez fallará a su favor, lo que significa revocar la decisión de Kaiser Permanente, o confirmará nuestra decisión, lo que significa no fallar a su favor. Llame a la Línea de ayuda de HealthChoice al **800-284-4510** para obtener más información. También puede visitar el sitio web de la **Oficina de Audiencias Administrativas** para obtener más información sobre una audiencia estatal imparcial.

D. Cuando la Decisión de Su Apelación es a Su Favor

Cuando gane su apelación, Kaiser Permanente debe brindarle el servicio negado, limitado o retrasado que usted solicitó. Debemos prestar el servicio dentro de las 72 horas siguientes a recibir la notificación de la decisión.

33. Opiniones de los Miembros

Llámenos

Kaiser Permanente quiere saber de usted. ¿Tienes alguna idea sobre cómo mejorar un proceso? ¿O quiere llamar nuestra atención sobre algo? Llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Únase al Consejo Asesor del Consumidor de Kaiser Permanente

El Consejo Asesor del Consumidor está formado por miembros, familias de miembros, tutores, cuidadores y representantes de los miembros. El grupo se reúne regularmente durante todo el año. El consejo asesor de consumidores nos proporciona las aportaciones de sus miembros. Para obtener más información sobre el consejo, llame a Servicio a los Miembros al **855-249-5019** (TTY **711**).

Llamada de comentarios de miembros

Es posible que nos comuniquemos con usted acerca de un servicio que recibió de nosotros. Si lo hacemos, comparta información detallada sobre su experiencia. Esto nos ayuda a saber cómo lo estamos haciendo y cómo podemos mejorar la atención a nuestros miembros.

34. No discriminación

Kaiser Foundation Health Plan del Mid-Atlantic States Inc. (Kaiser Permanente) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Kaiser Permanente:

- Brinda ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros de forma eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda 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 estos servicios, comuníquese a Servicio a los Miembros al **855-249-5019 (TTY 711)**.

Si considera que Kaiser Permanente no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal mediante:

- Correo postal: Kaiser Permanente, Civil Rights Coordinator, 4000 Garden City Dr, Hyattsville, MD 20785
- Teléfono: **1-800-777-7902 (TTY 711)**

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro personal estará disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja informal ante el Departamento de Salud de Maryland, Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades, Unidad de Cumplimiento de Igualdad de Acceso (Equal Access Compliance Unit, EACU) mediante:

- Correo postal: Maryland Department of Health, Office of Equal Opportunity Programs, Equal Access Compliance Unit (EACU), 201 West Preston Street, Room 422, Baltimore, Maryland 21201
- Teléfono: **410-767-6600**, los usuarios de TTY deben llamar al **711**
- Fax: **410-333-5337**
- Correo electrónico: **mdh.oeop@maryland.gov**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del **Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles**, disponible en **bit.ly/3OEZVAY**, o por correo postal o teléfono al:

- Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
- Teléfono: **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

35. Dominio Limitado del Inglés (Limited English Proficiency, LEP)

Declaración de Accesibilidad en Otros Idiomas:

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services—free of charge—are available to you. Call **855-249-5019** (TTY: **711**).

Español/Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **855-249-5019** (TTY: **711**).

አማርኛ/Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **855-249-5019** (መስማት ለተሳናቸው: **711**)፡

العربية/Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **855-249-5019** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

Bàsɔ̀̀ Wùdù (Bassa)

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Dá **855-249-5019** (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**855-249-5019** (TTY: **711**)。

فارسی/Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید تسهیلات زبانی بصورت رایگان برلی شما. بگریید تماس - **855-249-5019** (TTY: **711**). با. باشد می فو

Français/French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **855-249-5019** (ATS : **711**).

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **855-249-5019** (TTY: **711**).

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele - 855-249-5019 (TTY: 711).

Igbo

Ntị: Ọ bụrụ na asụ Ibo, asụsụ aka ọasụ n'efu, defu, aka. Call 855-249-5019 (TTY: 711).

한국어/Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

855- 249-5019 (TTY: 711).)번으로 전화해 주십시오.

Português/Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 855-249-5019 (TTY: 711).

Русский/Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-249-5019 (телетайп: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-249-5019 (TTY: 711).

اردو/Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبانی مدد کی خدمت مفت میں دستیاب ہے۔ کال کریں 855-249-5019 (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 855-249-5019 (TTY: 711).

Yorùbá/Yoruba

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 855-249-5019 (TTY: 711).

36. Fraude, Despilfarro y Abuso

Estamos comprometidos a encontrar y detener el fraude, el despilfarro y el abuso. Puede ayudar informando de inmediato sobre un posible problema. Conozca qué buscar para poder detectar un problema.

El fraude ocurre cuando alguien miente o engaña a Medicaid a propósito para obtener un beneficio o servicio que no debería tener.

El despilfarro es cuando las personas utilizan los recursos de Medicaid de forma incorrecta o en exceso.

El abuso es cuando alguien causa costos adicionales para Medicaid.

Ejemplos de los miembros

- Mentir sobre sus ingresos o propiedades para calificar para Medicaid
- Vivir en otro estado pero seguir utilizando Medicaid de Maryland
- Dejar que otra persona use su identificación de miembro o usar la identificación de otra persona para obtener servicios de salud
- Vender o cambiar un medicamento recetado

Ejemplos de los proveedores

- Prestar servicios que el paciente no necesitaba
- Cobrar por servicios que no prestaron
- Cobrar más de una vez por el mismo servicio
- Cambiar una historia clínica para ocultar un fraude

Saber si algo es fraude, despilfarro o abuso depende de la situación, la intención y el conocimiento. Puede ser difícil distinguir entre un fraude y un error. Si no está seguro, haga una denuncia para que la agencia correspondiente pueda investigarla. No todas las quejas derivan en una investigación. Tenga en cuenta que cuanto más información proporcione, mejor.

La denuncia no cambiará la forma en que le tratamos. Puede decidir si desea dar su nombre o no. Hacer una denuncia es fácil.

Comuníquese con el Departamento de Cumplimiento de Kaiser Permanente

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

4000 Garden City Dr.

Hyattsville, MD 20785

Línea telefónica directa de ayuda de Ética y Cumplimiento de Kaiser Permanente:

1-888-774-9100

<https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/support> (haga clic en "Español").

Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de Maryland

- Envíe un formulario de Informe de fraude de la [Oficina del Inspector General \(Office of the Inspector General, OIG\) del Departamento de Salud de Maryland \(Maryland Department of Health, MDH\) en línea](#) a: health.maryland.gov/oig/pages/report_fraud.aspx
- Llame al **866-770-7175**

Comuníquese con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

- Envíe un formulario de queja de fraude de la [Oficina del Inspector General \(Office of the Inspector General, OIG\) en línea](#) a: health.maryland.gov/oig/pages/report_fraud.aspx
- Llame al **800-447-8477**.

37. Glosario de Términos

Los seguros médicos pueden ser complejos. Nuestro glosario puede ayudarle a simplificarlo. Encuentre las definiciones que necesita para comprender mejor su atención médica.

Apelación

Para solicitarle a su plan de salud que revise y cambie una decisión de negar un beneficio. Este proceso le permite impugnar una decisión y solicitar su revisión para garantizar que sea justa y correcta.

Atención de enfermería especializada

Servicios de una enfermera autorizada en su propia casa o en un hogar de ancianos.

Atención de urgencia

Atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave que requiera atención en una sala de emergencias.

Atención en la Sala de Emergencias

Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Atención médica a domicilio

Servicios y suministros de atención médica que usted recibe en su hogar según las órdenes de su médico.

Atención para pacientes ambulatorios

La atención médica o el tratamiento que se recibe en un hospital, pero sin necesidad de pasar la noche en él.

Autorización previa

También conocido como aprobación previa o autorización previa. Aprobación que Medicaid o su plan de salud requieren antes de recibir ciertos servicios o medicamentos para garantizar que sean **necesarios desde el punto de vista médico**. La atención de emergencia no requiere **autorización previa**.

Cobertura de Medicamentos Recetados

Un beneficio del plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y cubiertos.

Condición Médica de Emergencia

También conocido como **emergencia médica**. Una enfermedad, lesión, síntoma o condición repentina es tan grave que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato para evitar daños graves.

Copago

Una pequeña cantidad fija que usted paga de su bolsillo por un beneficio cubierto. Generalmente se paga en el momento de la visita.

Dentro de la red

También conocido como proveedor participante. Médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan con su plan de atención médica para brindarle la atención que necesita. Consulte el **directorio de proveedores** de su plan de salud para encontrar sus **proveedores dentro de la red**.

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)

Artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor. Artículos que puedan soportar el uso diario o prolongado.

Especialista

Un proveedor de atención médica que trata un tipo específico de enfermedad o un área específica del cuerpo. Un **especialista** tiene capacitación en un área específica de la medicina. Algunos **especialistas** solo tratan a un determinado grupo de pacientes.

Fuera de la red

También conocido como proveedor **fuera de área** o **fuera de plan** o no participante. Médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que no forman parte de su plan de atención médica.

Hospitalización

Atención en un hospital que requiere ingreso como paciente internado y que generalmente requiere pasar la noche en el hospital. Una estancia de una noche para observación podría ser una atención ambulatoria.

Lista de medicamentos cubiertos

También conocida como lista de medicamentos preferidos o lista de medicamentos recetados. Una lista de los medicamentos recetados que cubre su plan de salud.

Lista de Medicamentos Preferidos

También conocida como lista de medicamentos recetados o lista de medicamentos cubiertos. Una lista de los medicamentos recetados que cubre su plan de salud.

Medicamentos Recetados

Un tipo de medicamento que por ley sólo se puede conseguir con receta médica.

Médico de atención primaria

Un médico (Medical Doctor, M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.) que es su principal proveedor de atención médica y a quien consulta para recibir atención de rutina. Le ayudan a mantenerse sano y a mejorarse cuando está enfermo. Un proveedor de atención primaria (PCP) también le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención para la salud.

Necesario desde el punto de vista médico

Los servicios o suministros de atención médica más rentables necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o problema de salud. Debe cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica.

Paciente hospitalizado

Atención médica o tratamiento en un hospital durante una o más noches.

Plan

Un beneficio que su empleador, sindicato u otro grupo patrocinador le proporciona para pagar sus servicios de atención médica.

Prima

La cantidad que paga por su seguro de salud cada mes para mantener su cobertura. HealthChoice no cobra ninguna prima.

Proveedor

Un médico, otro profesional de la salud, hospital u otro centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley de Maryland que cuida de su salud.

Proveedor de atención primaria.

Un proveedor de atención primaria (PCP) es el proveedor con licencia que le brinda atención médica de rutina. Le ayudan a mantenerse sano y a mejorarse cuando está enfermo. Un proveedor de atención primaria (PCP) también le ayuda a encontrar y obtener otros servicios de atención para la salud. Su proveedor de atención médica primaria (PCP) puede ser un médico, un enfermero con práctica médica, un enfermero clínico **especialista** o un asistente médico.

Proveedores no participantes

También conocido como **fuera de área** o **fuera de plan**.

Proveedor participante

También conocido como **dentro de la red**. Un proveedor de atención médica que tiene un contrato con una compañía de seguros para brindarle atención.

Queja Formal

Una queja formal ante su plan de salud cuando no está satisfecho con la forma en que manejaron una queja informal inicial.

Queja informal

Para informar a su plan de salud cuando no está satisfecho o tiene alguna inquietud. Una queja informal puede dar lugar a una queja formal o a una apelación.

Red

Las instalaciones, proveedores y distribuidores que su aseguradora o plan de salud tiene contratados para brindar servicios de atención médica.

Representante autorizado

Alguien que usted elige para hablar y actuar en su nombre para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Un representante autorizado puede ser un familiar, un amigo, un proveedor de servicios o un abogado.

Seguro Médico

Un contrato o póliza entre la aseguradora y usted para cubrir parte o la totalidad del costo de su atención médica. Algunas personas compran un seguro de médico directamente de una compañía de seguros médicos. Otras lo compran o lo obtienen a través de un empleador como parte de un paquete de beneficios. El seguro médico público es un seguro a través del gobierno. Es gratuito o tiene un bajo costo para las personas elegibles.

Servicios de Cuidados Paliativos

Servicios que brindan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Servicios de Emergencia

Cualquier servicio de atención médica para evaluar o tratar una condición médica de emergencia para evitar que la condición empeore.

Servicios Excluidos

Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Servicios médicos

Servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico autorizado.

Servicios y Dispositivos de Habilidadación

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

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación

Servicios de atención médica que le ayudan a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que perdió o que se vieron afectados porque estaba enfermo, herido o discapacitado.

Suministros Médicos Desechables (Disposable Medical Supplies, DMS)

Artículos médicos necesarios que son para un solo uso y luego se desechan.

Transporte Médico de Emergencia

Servicio de ambulancia para una condición médica de emergencia.





Kaiser Permanente es su plan de atención médica administrada de Medicaid HealthChoice de Maryland.

kp.org/medicaid/md/es



Su guía para una mejor salud

Tenga este documento a la mano como referencia rápida para aprovechar al máximo su nuevo plan



Regístrese en
kp.org/es



Elija su médico



Transfiera sus
recetas médicas

