



Fe de erratas de la Guía para miembros de 2026

Esta es información importante sobre los cambios en la Guía para miembros de Medi-Cal de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de 2026

Su Guía para miembros también se conoce como Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, "EOC/DF"). Esta Fe de erratas le informa sobre las actualizaciones de su Guía para miembros de 2026. Conserve este documento junto con su Guía para miembros de 2026.

En esta Fe de erratas de la Guía para miembros, a veces se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como "nosotros", "nuestro" o "nos". A veces, se hace referencia a los miembros como "usted". Algunas palabras que empiezan con mayúscula tienen un significado especial en esta Guía para miembros. Consulte el capítulo 8, "Important numbers and words to know" (Números y palabras importantes que debe conocer), de la Guía para miembros para conocer los términos que debe saber.

Los cambios en los beneficios están subrayados a continuación.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

Descripción revisada en "Preaprobación (autorización previa)" del capítulo 3 (Cómo recibir atención)

Preaprobación (autorización previa)

Autorización previa en el Norte de California

Para los servicios que aparecen más adelante en este capítulo bajo el encabezado "Servicios que necesitan preaprobación (autorización previa)", su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) o especialista deberá pedir permiso a The Permanente Medical Group antes de que usted reciba la atención. Esto se conoce como solicitar una preaprobación o autorización previa. Esto significa que The Permanente Medical Group debe asegurarse de que la atención sea médicamente necesaria (que usted la necesite).

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son aquellos que son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado o reducir el dolor intenso causado por una enfermedad, afección o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen la atención médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Para las solicitudes estándar de preaprobación (autorización previa), The Permanente Medical Group debe responder a su solicitud tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar cinco días hábiles después de recibir la información que solicitó y que razonablemente necesite para decidir si aprueba, cambia o deniega su solicitud. The Permanente Medical Group debe responder a más tardar en siete días calendario después de recibir su solicitud.

En el caso de las solicitudes en las que un proveedor indique, o la persona designada correspondiente de The Permanente Medical Group determine, que seguir el plazo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo nivel de funcionamiento, The Permanente Medical Group tomará una decisión acelerada sobre la preaprobación (autorización previa).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

The Permanente Medical Group responderá tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud.

En ciertos casos, The Permanente Medical Group puede necesitar más información para decidir si aprueba, cambia o deniega su solicitud de preaprobación (autorización previa). Si esto sucede, The Permanente Medical Group tiene hasta 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Una vez que The Permanente Medical Group reciba la información necesaria, debe tomar una decisión tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar cinco días hábiles para las solicitudes estándar o 72 horas para las solicitudes aceleradas.

El personal clínico o médico, como los médicos, el personal de enfermería y los farmacéuticos, revisa las solicitudes de preaprobación (autorización previa).

No influimos de ninguna manera en la decisión de los revisores de denegar, cambiar o aprobar la cobertura o los servicios. Si The Permanente Medical Group no aprueba la solicitud, le enviaremos una carta de Notificación de acción (Notice of Action, NOA). La NOA le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

Nos comunicaremos con usted si The Permanente Medical Group necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Autorización previa en el Sur de California

Para los servicios que aparecen más adelante en este capítulo bajo el encabezado "Servicios que necesitan preaprobación (autorización previa)", su PCP o especialista deberá pedir permiso a Southern California Permanente Medical Group antes de que usted reciba la atención. Esto se conoce como solicitar una preaprobación o autorización previa. Esto significa que Southern California Permanente Medical Group debe asegurarse de que la atención sea necesaria desde el punto de vista médico (que usted la necesite).

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son aquellos que son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado o reducir el dolor intenso causado por una enfermedad, afección o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen la atención médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Para las solicitudes estándar de preaprobación (autorización previa), Southern California Permanente Medical Group debe responder a su solicitud tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar cinco días hábiles después de recibir la información



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

que solicitó y que razonablemente necesita para decidir si aprueba, cambia o deniega su solicitud. Southern California Permanente Medical Group debe responder a más tardar siete días calendario después de recibir su solicitud.

En el caso de las solicitudes en las que un proveedor indique, o la persona designada correspondiente de Southern California Permanente Medical Group determine, que seguir el plazo estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo nivel de funcionamiento, Southern California Permanente Medical Group tomará una decisión acelerada sobre la preaprobación (autorización previa). Southern California Permanente Medical Group responderá tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud.

En ciertos casos, Southern California Permanente Medical Group puede necesitar más información para decidir si aprueba, cambia o deniega su solicitud de preaprobación (autorización previa). Si esto sucede, Southern California Permanente Medical Group tiene hasta 14 días calendario adicionales para tomar una decisión. Una vez que Southern California Permanente Medical Group reciba la información necesaria, debe tomar una decisión tan pronto como lo requiera su condición de salud, pero a más tardar cinco días hábiles para las solicitudes estándar o 72 horas para las solicitudes aceleradas.

El personal clínico o médico, como los médicos, el personal de enfermería y los farmacéuticos, revisa las solicitudes de preaprobación (autorización previa).

No influimos de ninguna manera en la decisión de los revisores de denegar, cambiar o aprobar la cobertura o los servicios. Si Southern California Permanente Medical Group no aprueba la solicitud, le enviaremos una carta de Notificación de acción (NOA). La NOA le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

Nos comunicaremos con usted si Southern California Permanente Medical Group necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Servicios que necesitan preaprobación (autorización previa)

Los siguientes son ejemplos de servicios que siempre necesitan preaprobación:

- servicios de acupuntura cuando necesite más de dos consultas al mes;
- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, “CBAS”);



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

- anestesia dental;
- equipo médico duradero;
- atención médica a domicilio;
- suministros para ostomía y urología;
- dispositivos protésicos y ortóticos;
- servicios que no están disponibles a través de los proveedores de la red de Medi-Cal;
- trasplantes;
- transporte médico cuando no se trate de una emergencia.

La Atención de emergencia, incluidos los servicios de ambulancia de emergencia, no requiere preaprobación (autorización previa).

Nunca necesita una preaprobación (autorización previa) para recibir Atención de emergencia, incluso si la recibe fuera de la red médica de Kaiser Permanente o fuera del área de servicio de su Región Base. Esto incluye el parto si está embarazada. No necesita una preaprobación (autorización previa) para ciertos servicios de atención confidencial. Para obtener más información sobre los servicios de atención confidencial, consulte "Atención confidencial" más adelante en este capítulo.

Para consultar la lista completa de los servicios que requieren preaprobación y los criterios que se utilizan para tomar decisiones de autorización, visite nuestro sitio web en kp.org/UM (haga clic en "Español") o llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Segundas opiniones

Es posible que quiera obtener una segunda opinión sobre la atención que su proveedor considera que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, es posible que quiera obtener una segunda opinión para asegurarse de que su diagnóstico sea correcto, porque no está seguro de necesitar el tratamiento o la cirugía indicados o porque siguió un plan de tratamiento y no le dio resultado.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

Pagaremos una segunda opinión si su proveedor de la red de Medi-Cal la solicita y usted la recibe de un proveedor de la red de Medi-Cal. No necesita nuestro permiso para obtener una segunda opinión de un proveedor de la red de Medi-Cal. Su proveedor de la red de Medi-Cal puede ayudarle a obtener un referido para una segunda opinión, si lo necesita.

Para obtener una segunda opinión, llame a su PCP. Su PCP puede referirle con un proveedor de la red de Medi-Cal que sea un profesional de la salud debidamente calificado para su condición médica a fin de que le dé una segunda opinión, o puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**) para que le ayudemos a obtener un referido para una segunda opinión si lo desea.

Si no hay un proveedor calificado de la red de Medi-Cal que pueda darle una segunda opinión, nuestro Servicio a los Miembros le ayudará a obtenerla de un proveedor fuera de la red. Si le referimos con un proveedor fuera de la red para obtener una segunda opinión, pagaremos esa segunda opinión. Le informaremos si se aprueba al proveedor que elija para obtener una segunda opinión tan pronto como lo requiera su condición médica, pero a más tardar cinco días hábiles después de que el Plan reciba la información que solicitó y que razonablemente necesite para decidir sobre su solicitud. Debemos responder a más tardar siete días calendario después de recibir su solicitud.

Si tiene una enfermedad crónica, grave o seria, o enfrenta una amenaza inmediata y grave para su salud, incluida, entre otras, la pérdida de la vida, una extremidad, una parte importante del cuerpo o una función corporal, le informaremos por escrito dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Si nosotros denegamos su solicitud de una segunda opinión, puede presentar una queja. Para obtener más información sobre las quejas, consulte "Quejas" en el capítulo 6, "Reporting and solving problems" (Cómo informar y resolver problemas), de la Guía para miembros.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

Descripción revisada en "Otros programas y servicios de Medi-Cal que Kaiser Permanente no cubre" del capítulo 4 (Beneficios y servicios)

Kaiser Permanente no cubre algunos servicios, pero aun así puede recibirlos a través de Medi-Cal de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) u otros programas de Medi-Cal. Nos coordinaremos con otros programas para asegurarnos de que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, incluidos aquellos que estén cubiertos por otro programa y no por nosotros. En esta sección, se indican algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Dental Managed Care en los condados de Sacramento y Los Angeles

El Programa Dental Managed Care de Medi-Cal utiliza planes de atención administrada para proporcionarle servicios dentales. Debe inscribirse en Dental Managed Care. En algunos casos, es posible que reúna los requisitos para obtener una exención de la inscripción en Dental Managed Care. Para obtener más información, visite Opciones de Atención Médica en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. También puede llamar a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**.

Nota: Los servicios de anestesia para ciertos procedimientos dentales están cubiertos conforme a los términos de esta Guía para miembros. Para obtener más información, consulte el encabezado "Servicios de anestesiología" en "Atención ambulatoria" del capítulo 4, "Benefits and services" (Beneficios y servicios), de esta Guía para miembros.

Servicios dentales en otros condados

El Medi-Cal Dental FFS funciona de la misma manera que el FFS de Medi-Cal para sus servicios dentales. Antes de recibir servicios dentales, debe mostrar su tarjeta BIC de Medi-Cal al proveedor dental. Asegúrese de que el proveedor acepte Dental FFS y de



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

que usted no forme parte de un plan de atención administrada que cubra servicios dentales.

Medi-Cal cubre una amplia variedad de servicios dentales a través de Medi-Cal Dental, entre ellos:

- dentaduras postizas completas y parciales;
- coronas (prefabricadas/de laboratorio);
- servicios de diagnóstico y profilaxis dental como exámenes, radiografías y limpiezas dentales;
- atención de emergencia para el control del dolor;
- empastes;
- ortodoncia para niños que reúnen los requisitos;
- tratamientos de endodoncia (anteriores/posteriores);
- raspado y alisado radicular;
- extracciones dentales;
- fluoruro tópico.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Medi-Cal Dental al **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** o **711**). También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Dental en <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

Descripción revisada en "Otros servicios que los niños pueden recibir a través de Medi-Cal de pago por servicio (FFS) u otros programas" del capítulo 5 (Atención preventiva para niños y jóvenes)

Los miembros menores de 21 años pueden recibir los Servicios de Atención para la Salud que necesiten tan pronto como se inscriban. Esto garantiza que reciban la atención preventiva, dental y de salud mental adecuada, incluidos los servicios para el desarrollo y los servicios especializados. Este capítulo explica estos servicios.

Otros servicios que los niños pueden recibir a través de Medi-Cal de pago por servicio (FFS) u otros programas

Revisiones dentales

Mantenga limpias las encías de su bebé pasándoles suavemente un paño todos los días. Aproximadamente entre los cuatro y seis meses, comenzará la dentición cuando empiecen a salirle los dientes al bebé. Debe hacer una cita para la primera consulta dental de su hijo tan pronto como le salga el primer diente o antes de que cumpla un año, lo que ocurra primero.

Estos servicios dentales de Medi-Cal son gratuitos para:

Bebés de 0 a 3 años.

- primera consulta dental del bebé;
- primer examen dental del bebé;
- exámenes dentales (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- radiografías;
- limpieza dental (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

5 | Atención preventiva para niños y jóvenes

- empastes;
- extracciones (extracción de dientes);
- servicios dentales de emergencia;
- *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico).

Niños de 4 a 12 años

- exámenes dentales (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- radiografías;
- barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- limpieza dental (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- selladores de molares;
- empastes;
- endodoncias;
- extracciones (extracción de dientes);
- servicios dentales de emergencia;
- *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico).

Jóvenes de 13 a 20 años

- exámenes dentales (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- radiografías;
- barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- limpieza dental (cada seis meses y a veces, con mayor frecuencia);
- ortodoncia (aparatos de ortodoncia) para quienes reúnan los requisitos;
- empastes;
- coronas;
- endodoncias;
- dentaduras postizas parciales y completas;
- raspado y alisado radicular;
- extracciones (extracción de dientes);
- servicios dentales de emergencia;
- *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico).

* Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinen y documenten un motivo por el que la anestesia local no sea adecuada desde el punto de vista médico y el tratamiento dental esté preaprobado o no necesite preaprobación (autorización previa).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

5 | Atención preventiva para niños y jóvenes

Estos son algunos de los motivos por los que no se puede usar anestesia local y se podría usar sedación o anestesia general en su lugar:

- afección física, conductual, del desarrollo o emocional que impida que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento;
- procedimientos importantes de restauración o cirugía;
- niño que no coopera;
- infección aguda en el lugar de la inyección;
- falta de eficacia de un anestésico local para controlar el dolor.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a la Línea de Servicio al Cliente de Medi-Cal Dental al **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** o **711**) o visite <https://smilecalifornia.org/>.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

Descripción revisada en "Audiencias Estatales" del capítulo 6 (Cómo informar y resolver problemas)

Audiencias Estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con nosotros y un juez del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, "CDSS"). El juez le ayudará a resolver su problema y decidirá si tomamos la decisión correcta. Tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal si ya presentó una apelación ante Kaiser Permanente y aún no está conforme con nuestra decisión o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 120 días calendario siguientes a la fecha de nuestra carta de Notificación de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, "NAR"). Si le otorgamos Asistencia con Pago Pendiente durante su apelación y desea que continúe hasta que se tome una decisión sobre su Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha de nuestra carta NAR o antes de la fecha en que indicamos que sus servicios terminarían, lo que ocurra más tarde.

Si necesita ayuda para asegurarse de que la Asistencia con Pago Pendiente continúe hasta que haya una decisión final sobre su Audiencia Estatal, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su representante autorizado o proveedor puede solicitar una Audiencia Estatal en su nombre con su autorización por escrito.

En algunos casos, puede solicitar una Audiencia Estatal sin completar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, puede solicitar una Audiencia Estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación si no le notificamos correctamente o a tiempo sobre sus servicios.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite [kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol).

6 | Cómo informar y resolver problemas

Esto se conoce como Agotamiento Presunto. Estos son algunos ejemplos de Agotamiento Presunto:

- No pusimos a su disposición una carta de Notificación de acción (Notice of Action, “NOA”) o una carta NAR en su idioma de preferencia.
- Cometimos un error que afecta alguno de sus derechos.
- No le proporcionamos una carta de NOA.
- No le proporcionamos una carta de NAR.
- Cometimos un error en nuestra carta de NAR.
- No tomamos una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días.
- Determinamos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar una Audiencia Estatal de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a la División de Audiencias Estatales del CDSS al **1-800-743-8525** (TTY **1-800-952-8349** o **711**)
- **Por correo postal:** Complete el formulario que se incluye con la notificación de resolución de su apelación y envíelo por correo a:
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **En línea:** Solicite una audiencia en línea en www.cdss.ca.gov
- **Por correo electrónico:** Complete el formulario que recibió con la notificación de resolución de su apelación y envíelo por correo electrónico a Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - Nota: Si lo envía por correo electrónico, existe el riesgo de que alguien ajeno a la División de Audiencias Estatales intercepte su correo electrónico. Considere usar un método más seguro para enviar su solicitud.
- **Por fax:** Complete el formulario que recibió con la notificación de resolución de su apelación y envíelo por fax a la División de Audiencias Estatales al **916-309-3487** o al número gratuito **1-833-281-0903**.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

6 | Cómo informar y resolver problemas

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, podemos ayudarle. Podemos brindarle servicios de idiomas gratuitos. Llame a [Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**)].

En la audiencia, usted le explicará al juez por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Le explicaremos al juez cómo tomamos nuestra decisión. El juez podría tardar hasta 90 días en decidir su caso. Debemos cumplir con lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que tarda una Audiencia Estatal pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar plenamente, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una Audiencia Estatal acelerada (rápida). El CDSS debe tomar una decisión a más tardar tres días hábiles después de recibir de nosotros el expediente completo de su caso.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite [**kp.org/espanol**](https://www.kp.org/espanol).

Descripción revisada en "Notificación de acción" del capítulo 7 (Derechos y responsabilidades)

Como miembro de Kaiser Permanente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explica estos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye las notificaciones legales a las que tiene derecho como miembro de Kaiser Permanente.

Notificación de acción

Kaiser Permanente le enviará una carta de Notificación de acción (Notice of Action, "NOA") cada vez que Kaiser Permanente deniegue, retrase, cancele o modifique una solicitud de Servicios de Atención para la Salud. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, siempre puede presentar una apelación ante nosotros. Consulte la sección "Apelaciones" del capítulo 6 de esta Guía para miembros para obtener información importante sobre cómo presentar su apelación. Cuando le enviemos una NOA, esta le informará de todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con una decisión que tomamos. Si recibe esta notificación de alguien que no sea Kaiser Permanente, comuníquese de inmediato.

Contenido de las notificaciones

Si basamos la negación, el retraso, la modificación, la cancelación, la suspensión o la reducción total o parcial de sus servicios en la necesidad médica, su NOA debe incluir lo siguiente:

- Una declaración de la acción que tenemos previsto tomar.
- Una explicación clara y concisa de los motivos de nuestra decisión.
- Cómo tomamos la decisión, incluidas las reglas que utilizamos.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite kp.org/espanol.

7 | Derechos y responsabilidades

- Los motivos médicos de la decisión. Debemos explicar claramente de qué manera su condición no cumple las reglas o pautas.
- Información sobre su derecho a solicitar, sin costo, copias de todos los documentos y registros relacionados con la NOA.

Traducciones

Debemos traducir por completo y proporcionar información escrita para los miembros en los idiomas de preferencia comunes, incluidas todas las notificaciones sobre quejas y apelaciones.

La notificación traducida por completo debe incluir el motivo médico de nuestra decisión de denegar, retrasar, modificar, cancelar, suspender o reducir una solicitud de Servicios de Atención para la Salud.

Si no hay una traducción disponible en su idioma de preferencia, le proporcionaremos ayuda verbal en ese idioma para que pueda comprender la información que reciba.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visite [**kp.org/espanol**](https://kp.org/espanol).

Aviso de no discriminación

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

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios de forma oportuna:

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

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

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

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

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

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

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

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

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

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

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