

Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del Sur de California

Guía para miembros

1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Su cobertura de salud y medicamentos del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del Sur de California

Introducción de la *Guía para miembros*

Esta **Guía para miembros**, también conocida como Evidencia de Cobertura, le informa sobre su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de esta **Guía para miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en esta **Guía para miembros** se menciona “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa el plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**.

Este documento está disponible de manera gratuita en árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio, llamando a Servicio a los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.

Llame a Servicio a los Miembros para solicitar lo siguiente:

- idioma que prefiere aparte de inglés u otro formato;
- una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras, y
- cambiar una solicitud abierta sobre un idioma preferido o formato.

Ofrecemos servicios de asistencia en distintos idiomas sin costo, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede solicitar servicios de interpretación y materiales traducidos en su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Simplemente llámenos al **1-800-464-4000**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Exención de responsabilidad

- ❖ Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare y con el programa Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de este plan es una cobertura de salud calificada llamada “cobertura esencial mínima”. Esta satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Los servicios de atención médica que se brindan a los miembros de Kaiser Permanente a través de Medi-Cal están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California, según se indique en esta **Guía para miembros** y cualquier otro cambio.

Capítulo 1: Introducción para miembros

Introducción

Este capítulo incluye información sobre el plan

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También le informa qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 1 Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	3
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	3
B1. Medicare	3
B2. Medi-Cal.....	3
C. Ventajas de nuestro plan	4
D. Área de servicio de nuestro plan.....	5
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	5
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?	6
G. Su equipo de atención y plan de atención	8
G1. Equipo de atención	8
G2. Plan de atención	8
H. Sus costos mensuales para nuestro plan Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP).....	9
I. Su Guía para miembros	9
J. Otra información importante que recibe de nosotros	10
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	10

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias.....	11
Definición de proveedores de la red	11
Definición de farmacias de la red.....	11
J3. Lista de Medicamentos Cubiertos	12
J4. La Explicación de beneficios	12
K. Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....	13
K1. Privacidad de la información médica protegida (PHI)	13



A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención médica directamente a los miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y The Southern California Permanente Medical Group (“Grupo Médico”) trabajan juntos para brindar a nuestros miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a los servicios cubiertos que pueda necesitar, como atención de rutina, atención en el hospital, servicios de laboratorio, atención de emergencia, atención de urgencia y otros beneficios descritos en esta **Guía para miembros**. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro federal para las siguientes personas:

- personas de 65 años de edad o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades; y
- personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está a cargo del estado y lo financian el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con bajos ingresos y recursos limitados para pagar los Servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide lo siguiente:

- lo que cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;
- qué servicios están cubiertos, y
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas siempre y cuando sigan las reglas federales.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que suceda lo siguiente:

- elegimos ofrecer el plan; **y**
- Medicare y el estado de California nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se ve afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No paga extra para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos y para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para cubrir la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted, a su cuidador, a médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.
- Su equipo de atención y el coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de los medicamentos.
 - Los resultados de las pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Nuevos miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro **Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese período, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio para este plan incluye el **condado de Orange**, en California. Además, nuestra área de servicio incluye lo siguiente:

- **Condado de Los Ángeles**, a excepción de Catalina Island
- **Condado de Riverside**, a excepción de los siguientes códigos postales: 92028, 92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549 y 92561.
- **Condado de San Bernardino**, a excepción de los siguientes códigos postales: 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562 y 93592.
- **Condado de San Diego**, a excepción de los siguientes códigos postales: 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066 y 92070.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede seguir en este plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 10** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- vive en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- tiene 21 años o más en el momento de la inscripción; **y**
- tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B; **y**

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos; y
- es actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere en un plazo de 4 meses, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan.

Comuníquese a Servicio a los Miembros para obtener más información.

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud?

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, obtiene una valoración de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) dentro de los 90 días previos o posteriores a la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir asistiendo a los médicos que va ahora por una cierta cantidad de tiempo, si no son parte de nuestra red. A esto lo denominamos continuidad de la atención de salud. Si no forma parte de nuestra red, puede conservar sus proveedores actuales y las autorizaciones de servicio en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando nos referimos a “relación existente”, significa que vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una visita que no fue de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que nos brinda.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Si corre el riesgo de sufrir daños, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben presentar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Nota: Puede realizar esta solicitud para proveedores de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler y tengamos un proveedor de la red que proporcione el alquiler. Si bien no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Después de que termine el período de continuidad de la atención de salud, necesitará elegir otros médicos y proveedores en nuestra red del Plan Medicare Medi-Cal, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3 de nuestra Guía para miembros para obtener más información sobre cómo obtener atención.

Si su proveedor deja de trabajar con nosotros, podría seguir recibiendo servicios de ese proveedor. Esta es otra forma de continuidad de la atención médica.

Si se le asigna un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, lo notificaremos por escrito al menos 60 días antes de la finalización (o tan pronto como sea razonablemente posible). También lo notificaremos por escrito al menos 60 días antes de que finalicemos un contrato con un hospital que se encuentre a 15 millas de donde vive. Es posible que pueda continuar acudiendo a un proveedor en ese grupo de proveedores o en ese hospital durante hasta 12 meses o más en algunas situaciones.

Además de los criterios enumerados anteriormente, se deben cumplir los siguientes para que usted obtenga la Continuidad de la atención de salud:

- su cobertura de Medi-Cal está vigente en la fecha en que recibe los servicios;
- el proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales estándar;
- los servicios son necesarios desde el punto de vista médico y serían servicios cubiertos por esta Guía para miembros si los obtuvo de un proveedor de la red;
- usted solicita la continuidad de la atención de salud dentro de los plazos requeridos:
- en un plazo de 30 días (o tan pronto como sea razonablemente posible) a partir de la fecha de vigencia de la cobertura si es un miembro nuevo bajo la continuidad de la atención de salud estándar. Las solicitudes recibidas fuera del plazo de 30 días se decidirán según cada caso en particular.
- en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que el proveedor abandona nuestra red de proveedores de Medi-Cal; Las solicitudes recibidas fuera del plazo de 30 días se decidirán según cada caso en particular.
- Kaiser Permanente no tiene una inquietud documentada sobre la calidad de la atención del proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

No cubrimos la continuidad de la atención de salud de proveedores fuera de la red si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- los servicios no están cubiertos por nuestro Plan Medicare Medi-Cal;
- su proveedor fuera de la red no trabajará con nosotros. Deberá buscar un nuevo proveedor de la red.

No todos los servicios son elegibles para la cobertura bajo la continuidad de la atención de salud. Para obtener más información acerca de la continuidad de la atención de salud o para solicitar el servicio o una copia de nuestra política sobre el “Cumplimiento de los Servicios Cubiertos”, por favor llame al departamento de Servicio a los Miembros.

Consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtendrá un coordinador de atención cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona también lo remite a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les informa a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- Sus objetivos de atención médica **y**
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que tal vez desee considerar obtener. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Sus costos mensuales para nuestro plan Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene prima.

I. Su Guía para miembros

Esta **Guía para miembros** es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Puede solicitar una **Guía para miembros** llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede consultar la **Guía para miembros** que se encuentra en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra en la parte inferior de la página o descargarla.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le brindamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder al **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre cómo acceder a la **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos LTSS, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene algún servicio o recetas médicas. La siguiente es una tarjeta de identificación de muestra del miembro:



Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio a los Miembros de inmediato al número que se encuentra en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de Medi-Cal para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de identificación del miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios de salud mental especializados que pueda obtener de los planes de salud mental (mental health plan, MHP) del condado.
- Servicios de Medi-Cal Rx
- Servicios de apoyo para el hogar
- 1915(c) Servicios de exención comunitarios y en el hogar
- Servicios dentales de Medi-Cal

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** incluye los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede pedir el **Directorio de Proveedores y Farmacias** (electrónicamente o en formato impreso) si llama a los números de Servicio a los Miembros que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en **kp.org/directory**. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en copia impresa se le enviarán por correo en el plazo de tres días hábiles.

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** incluye una lista de nuestros proveedores de la red y de equipo médico duradero. Todos los proveedores de la red aceptan Medicare y Medicaid, excepto que se indique lo contrario. En caso de que necesite un servicio sin cobertura de nuestro plan que esté cubierto por Medi-Cal, podríamos remitirlo a un organismo estatal de Medi-Cal para ubicar a un proveedor que no pertenece a la red que pueda proporcionarle la atención cubierta por Medi-Cal.

Definición de proveedores de la red

- Algunos de los proveedores de nuestra red son los siguientes:
- médicos, enfermeros y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
- clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios médicos en nuestro plan; **y**
- LTSS, servicios para la salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de Equipo Médico Duradero (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que acepten surtir a nuestros miembros de los planes sus recetas médicas. Use el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar.
- Con la excepción de una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Tanto Servicio a los Miembros como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Esta le informa qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

La Lista de Medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, tal como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, pero puede haber algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en **kp.org/seniorrx**.

J4. La Explicación de beneficios

Cuando usa los beneficios para medicamentos recetados de Medicare Parte D, le enviamos un resumen que lo ayuda a entender y dar seguimiento a sus pagos por medicamentos recetados de Medicare Parte D. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le indica el monto total que gastó usted, u otros en su nombre, en medicamentos recetados de Medicare Parte D y el monto total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de Medicare Parte D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles.

Puede hablar con su profesional que emite recetas acerca de estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros** brinda más información sobre la EOB y cómo lo ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitarnos que le demos una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio a los miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página.

También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite **kp.org/goinggreen** e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **EOB de la Parte D** en línea de forma segura.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

K. Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos sus datos correctos en nuestros registros. Nuestros proveedores y las farmacias de la red también necesitan información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Cuéntenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja doméstica, o compensación del trabajador;
- cualquier reclamo por responsabilidad, como reclamos por un accidente de auto;
- ingreso a un centro de enfermería u hospital;
- atención de un hospital o sala de emergencias.
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre su participación en un estudio de investigación clínica, pero lo alentamos a que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información médica protegida (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica protegida (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que lo defiendan en su nombre. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 2 Índice

A. Servicio a los Miembros	15
Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica	16
Decisiones sobre la cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D	18
Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D	19
Quejas informales relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D	20
Solicitudes de pago	21
B. Su coordinador de atención	22
C. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	24
D. Línea Telefónica de Consejos de Enfermería	25
E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	26
F. Medicare	27
G. Medi-Cal.....	28
H. Oficina de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal del defensor general de los derechos del paciente	29
I. Servicios Sociales del Condado.....	30
J. Plan Especializado de Salud Mental del condado	32

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

K. Departamento de Atención Administrada de la Salud..... 34

L. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos
recetados..... 34

 L1. Beneficio Adicional 34

 L2. Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP) 36

M. Seguro Social..... 36

N. Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB)..... 37

O. Otros Recursos 38

P. Programa Medi-Cal Dental..... 38

A. Servicio a los Miembros

TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan;
- preguntas sobre reclamos o facturación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica

TELÉFONO	<p>1-800-443-0815</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, tal como describe el Capítulo 9, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-7247, de lunes a sábado, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
FAX	<p>Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252.</p>
CORREO POSTAL	<p>Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener ubicaciones).</p> <p>Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos.</p> <p>Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
SITIO WEB	<p>Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Decisiones de cobertura sobre su atención médica.
- Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos o
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.
- Apelaciones sobre su atención médica.
- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
- Para obtener más información sobre hacer apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** o comuníquese con Servicio a los Miembros.
- Quejas informales sobre su atención médica.
- Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores de la red o fuera de ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja informal con nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
- Puede llamarnos y explicarnos su queja al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) para pedir ayuda.
- Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan ante el Programa Ombuds Medicare Medi-Cal llamando al **1-888-804-3536**. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Decisiones sobre la cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	18776451282 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-403-1028
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Misión, KS 66201
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos.
- Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
- Los medicamentos cubiertos que no son de Medicare, como medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **711**).
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	1-866-206-2973 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-206-2974
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Apelaciones sobre sus medicamentos.
- Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
- Para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Quejas informales relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, puede llamar a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973 , de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Consulte el Capítulo 9 para saber si su problema reúne los requisitos para recibir una decisión rápida. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974 .
CORREO POSTAL	Para presentar una queja informal estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para conocer las ubicaciones). Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Quejas informales sobre sus medicamentos.
- Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye un quejas sobre sus medicamentos recetados.
- Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).

Puede enviar una queja acerca de nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal sobre sus medicamentos recetados, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Solicitudes de pago

TELÉFONO	<p>1-800-443-0815</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Nota: Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
CORREO POSTAL	<p>Para atención médica, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>Para medicamentos de la Parte D:</p> <p>Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al 1-866-206-2974 o enviarnos un correo a:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con los números anteriores para obtener ayuda con lo siguiente:

- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

Si nos pide que paguemos una factura y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

B. Su coordinador de atención

Ofrecemos servicios para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Coordinaremos con otros programas para asegurar que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico cubiertos por Medi-Cal o Medicare, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros.

TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org

Comuníquese con su coordinador de atención para que lo ayuden con lo siguiente:

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias).
- Preguntas sobre los beneficios dentales.
- Preguntas sobre el transporte a citas médicas.

Los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) incluyen los Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF)

A veces, puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades de vida. Cubrimos, para los miembros que califican, servicios y apoyos a largo plazo proporcionados en los siguientes tipos de centros u hogares de atención a largo plazo:

- Centros de enfermería especializada
- Centros de atención para afecciones subagudas
- Centros de atención intermedia, que incluyen:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- Centros de atención intermedia/incapacidad del desarrollo (“Intermediate care facilities, ICF/Developmentally disabled, DD”);
- Centros de atención intermedia/incapacidad del desarrollo-habilitante (“Intermediate care facilities, ICF/Developmentally disabled-habilitative, DD-H”);
- Centros de atención intermedia/incapacidad del desarrollo-enfermería (“Intermediate care facilities, ICF/Developmentally disabled, DD-N”).

Si califica para los servicios de atención a largo plazo, nos aseguraremos de que se le ubique en un centro de atención médica o en un hogar que brinde el nivel de atención más apropiado para sus necesidades médicas.

También es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad
- Servicios de Apoyo para el Hogar a través de la agencia de servicios sociales de su condado

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

C. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

El HICAP no está afiliado a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud.

TELÉFONO	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Contacte a HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre nuestro plan o Medicare.
- Los consejeros de HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos,
 - entender sus opciones de planes,
 - presentar quejas informales sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar problemas con sus facturas.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

D. Línea Telefónica de Consejos de Enfermería

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita.

En ocasiones, es difícil saber qué tipo de atención necesita. Contamos con profesionales de la salud certificados para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede hacer lo siguiente:

- Hablar con un profesional de la salud que responderá sus preguntas médicas, le dará consejos de atención y le ayudará a decidir si debe ver a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas, como diabetes o asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser el correcto para su afección.
- Obtener ayuda sobre qué hacer si necesita atención y una instalación del plan está cerrada, o usted está fuera de nuestra área de servicio.

Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.

TELÉFONO	1-833-574-2273 Esta llamada es gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

TELÉFONO	1-877-588-1123
LÍNEA TTY	1-855-887-6668 Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con Livanta para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica.
- Presentar una queja informal sobre la atención que recibió si ocurre lo siguiente:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - piensa que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto; o
 - considera que sus servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) termina demasiado pronto.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

F. Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, ciertas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS.

TELÉFONO	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
LÍNEA TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros de cuidados paliativos.</p> <p>Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora.</p> <p>Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde la computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. O bien, puede llamar a Medicare al número anterior y decirles qué está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

G. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid en California. Este es un programa de seguro público que proporciona servicios de atención para la salud necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, adultos mayores, personas con incapacidades, niños y jóvenes en cuidados de crianza y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios y apoyos médicos, dentales, de salud conductual y a largo plazo.

Está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

TELÉFONO	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
LÍNEA TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

H. Oficina de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal del defensor general de los derechos del paciente

La Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente trabaja como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué debe hacer. La Oficina del defensor general de los derechos del paciente también ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

TELÉFONO	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita.
CORREO POSTAL	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

I. Servicios Sociales del Condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de pago por servicios de Medi-Cal, comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado local.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar Servicios de apoyo para el hogar, que lo ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer las compras o transportarse.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Los Angeles

TELÉFONO	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m. Los sábados, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Excepto días festivos
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Diríjase a la Oficina de distrito más cercana para presentar su solicitud.
SITIO WEB	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Agencia de Servicios Sociales del condado de Orange

TELÉFONO	1-855-541-5411 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Buscar oficina más cercana
SITIO WEB	ssa.ocgov.comhttps://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Riverside

TELÉFONO	1-877-410-8827 Esta llamada es gratuita.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
SITIO WEB	https://rivcodpss.org/

Servicios para Adultos y Ancianos del condado de San Bernardino

TELÉFONO	1-909-891-3900
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
SITIO WEB	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Departamento de Salud y Agencia de Servicios Humanos del condado de San Diego

TELÉFONO	1-866-262-9881 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Diríjase a la oficina de distrito más cercana.
SITIO WEB	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J. Plan Especializado de Salud Mental del condado

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple con los criterios de acceso.

Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles

TELÉFONO	1-800 854-7771 Esta llamada es gratuita. Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita

Servicios de Recuperación y Salud Mental del condado de Orange

TELÉFONO	1-855 625-4657 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita

Departamento de Salud Mental del condado de Riverside

TELÉFONO	1-800-706-7500 Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es gratuita

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Departamento de Salud Conductual del condado de San Bernardino

TELÉFONO	<p>1-888 743-1478</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p>

Departamento de Servicio para la Salud del Comportamiento del condado de San Diego

TELÉFONO	<p>1-888-724-7240</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana</p> <p>Tenemos servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.</p>
LÍNEA TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p>

Comuníquese con el plan especializado de salud mental del condado para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre los servicios de salud mental especial proporcionados por el condado.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



K. Departamento de Atención Administrada de la Salud

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) es el responsable de regular los planes de salud.

El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

TELÉFONO	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles entre las 8 a. m. y las 6 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

L. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. También existen otros programas de asistencia para personas con ingresos limitados, como se describen a continuación.

L1. Beneficio Adicional

Debido a que usted reúne los requisitos para Medi-Cal, usted califica para “Beneficio Adicional” y lo recibirá de parte de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados. No debe hacer nada más para obtener este “Beneficio Adicional”.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

TELÉFONO	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que el monto del costo compartido que paga cuando busca su receta en una farmacia es incorrecto, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, le permite entregárnosla.

Si no está seguro sobre qué evidencia proporcionarnos, llame a una farmacia de la red o a Servicio a los Miembros. Generalmente, es una carta de la oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que usted reúne los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional". La evidencia también puede ser un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los Servicios en el Hogar y la Comunidad.

Es posible que usted o su representante designado deba proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando surta recetas cubiertas de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia. Proporcione su evidencia de una de las siguientes maneras para que podamos reenviarla a los CMS, a fin de que se haga la actualización correspondiente:

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

California Service Center

Attn: Best Available Evidence

P.O. Box 232407

San Diego, CA 92193-2407

- Envíela por fax al siguiente número **1-877-528-8579**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- Llévela a una farmacia de la red o a su oficina local de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red.

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que se le cobre el copago correcto cuando surta su próxima receta médica en la farmacia. Si hace un pago superior a su copago, le devolveremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o deduciremos el monto de copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como una deuda que debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta.

L2. Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en la lista de medicamentos recetados disponibles del ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su estado de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia para la obtención de información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa; por favor llame al centro de llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m y las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

M. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción para Medicare. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años o que tengan una incapacidad o enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y que además, cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar su oficina local.

Si cambia de domicilio o de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselos saber.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Puede utilizar sus servicios de telefonía automática para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
LÍNEA TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

N. Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe los beneficios de Medicare por parte de la RRB, es importante que les avise si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta con respecto a los beneficios que brinda la RRB, comuníquese con la agencia.

TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB, de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
LÍNEA TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

O. Otros Recursos

El Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que luchan por obtener o mantener una cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal
- Medicare
- Su plan de salud
- Acceso a los servicios médicos
- Apelación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc. denegados.
- Facturas médicas
- Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)

El Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal ayuda con quejas formales, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa Ombuds es **1-888-804-3536**.

P. Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales se encuentran disponibles a través del programa Medi-Cal Dental; este incluye, entre otros, servicios como los siguientes:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro;
- restauraciones y coronas;
- tratamiento de endodoncia;
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

TELÉFONO	<p>1-800-322-6384</p> <p>La llamada es gratuita.</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles a través de los Programas Medi-Cal Dental de Pago por Servicios y Atención Dental Administrada (Dental Managed Care, DMC). Los representantes del Programa Medi-Cal Dental de Pago por Servicios están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
LÍNEA TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>Este número es para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>https://smilecalifornia.org/</p>

Además del programa Medi-Cal Dental de Pago por Servicios, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o quiere cambiar planes dentales, comuníquese con Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para ser propietario de Equipo Médico Duradero (DME). Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 3 Índice

A.	Información sobre servicios y proveedores.....	43
B.	Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan	43
C.	Su coordinador de atención	45
	C1. Qué es un coordinador de atención	45
	C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención	45
	C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención	45
D.	Atención de los proveedores.....	45
	D1. Atención de un proveedor de atención primaria	45
	Definición de PCP y qué hace por usted	45
	Su selección de PCP	46
	Opción de cambiar su PCP.....	46
	Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP	47
	D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	47
	Referencias de su PCP.....	48
	Referencias a proveedores de la red	48
	Autorización previa	49

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan..... 50

D4. Proveedores que no pertenecen a la red..... 51

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)..... 52

F. Servicios de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)..... 52

F1. Servicios para la salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan..... 53

 Servicios para pacientes ambulatorios 53

 Tratamientos residenciales 54

 Servicios para pacientes internos 54

G. Servicios de Transporte 55

G1. Transporte médico para situaciones que no sean de emergencia 55

 Límites del Transporte Médico..... 56

G2. Transporte no médico..... 56

 Límites del transporte no médico 57

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia o durante un desastre 57

H1. Atención en una emergencia médica..... 57

 Servicios cubiertos en una emergencia médica..... 58

 Atención de postestabilización..... 58

 Obtención de atención de emergencia si no se trataba de una emergencia 59

H2. Atención de urgencia 59

 Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan..... 60

 Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan..... 60

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



- H3. Atención durante un desastre 60
- I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que nuestro plan cubre 61
 - I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 61
- J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 62
 - J1. Definición de un estudio de investigación clínica..... 62
 - J2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 63
 - J3. Más información sobre estudios de investigación clínica 63
- K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa y no médica para el cuidado de la salud 63
 - K1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud..... 63
 - K2. Atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud 64
- L. Equipo médico duradero (DME)..... 64
 - L1. DME como miembro de nuestro plan 64
 - L2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare 65
 - L3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 66
 - L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u a otro plan Medicare Advantage (MA)..... 66

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son algunos de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos se encuentran en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se encuentran en el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros**.

Los **proveedores** son los médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud mental, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Esto incluye cierta salud conductual y LTSS.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para que nuestro plan lo cubra debe suceder lo siguiente:

- El cuidado que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- La atención debe ser **necesaria desde el punto de vista médico**. Ser “necesario desde el punto de vista médico” implica que son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención necesaria desde el punto de vista médico es necesaria para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden con discapacidad y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Para servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)** de la red quién ordena la atención o le dice que use otro proveedor. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle su aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o usar otros proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le conoce como **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Para obtener más información sobre referencias, consulte la Sección **D** en este capítulo.
- No necesita un referido de su PCP para atención de emergencia o atención de urgencia, para usar un proveedor de salud de la mujer o para cualquier otro tipo de atención sin tener una remisión de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección **D1** en este capítulo).
- **Debe obtener su atención de proveedores de la red.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta regla no se aplica:
- Cubrimos atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección **H** de este capítulo).
- Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red si nosotros o nuestro Grupo Médico autoriza los servicios antes de que usted obtenga la atención. En este caso, cubrimos la atención como si la obtuviera de un proveedor de red.
- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan durante un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que paga por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.
- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros**. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubrimos su atención si continúa usando proveedores que no están en nuestra red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Nuevos miembros del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**: En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro **Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese período, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del **Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su Coordinador del Programa para personas con necesidades especiales es responsable por coordinar su atención. Se comunicarán con usted anualmente para una valoración de riesgos para la salud y también luego de un alta hospitalaria. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección **G** del **Capítulo 2**).

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Consulte la Sección **G** del **Capítulo 2** para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención, comuníquese con su coordinador de atención (consulte la Sección **G** del **Capítulo 2** para obtener más información).

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria

Debe escoger un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y coordine su atención.

Definición de PCP y qué hace por usted

Su proveedor de atención primaria es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención primaria. Su PCP también coordinará su atención. La “coordinación” de su atención incluye consultar a otros proveedores de la red sobre su atención y su progreso. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros (consulte el punto **D2** en este capítulo para obtener más información).

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Su selección de PCP

Por lo general, su PCP ejercerá la medicina general (también llamada medicina interna o para adultos y medicina familiar) y, en algunos casos, la obstetricia o ginecología. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un enfermero con práctica médica o un auxiliar médico disponible para que sea su proveedor de atención primaria. Los PCP se identifican en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Su PCP proporciona, receta o autoriza servicios cubiertos médicamente necesarios. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención básica o de rutina y le proporcionará una referencia según sea necesario para consultar a otros proveedores de la red para recibir otra atención que necesite. Por ejemplo, para que usted pueda ver a un especialista, por lo general primero necesita obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una “referencia” para un especialista). Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte la sección “Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP” de este capítulo).

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** o llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP y qué proveedores están aceptando nuevos pacientes.

Opción de cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP en nuestra red. Su elección de PCP entrará en vigencia de inmediato.

Para elegir o cambiar su PCP, por favor llame a **nuestro número de selección de médico personal al 1-888-956-1616 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. **También puede realizar su selección en kp.org/finddoctors.**

Cuando llame, díganos si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud domiciliaria y equipo médico duradero) para que podamos decirle si necesita una referencia de su nuevo PCP para continuar los servicios. También, en caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, verifique con nosotros que el PCP haga referencias a ese especialista o que use ese hospital.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin antes obtener una aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia de proveedores de la red.
- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana). **Nota:** La atención de urgencia se debe necesitar de inmediato y ser médicamente necesaria.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicios a los Miembros antes de abandonar el área de servicio. Podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras esté fuera.
- Vacunas contra la gripe y contra COVID-19, así como también las vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina de atención de la salud de la mujer y planificación familiar. Esta incluye exámenes del seno, mamografías (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red.
- Citas en las siguientes áreas: optometría, abuso de sustancias y psiquiatría.
- Atención quiropráctica cubierta por Medicare, siempre que la reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de atención preventiva, excepto exámenes de detección de aneurisma de la aorta abdominal, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección, densitometría ósea de detección y análisis de laboratorio.
- Además, si es elegible para recibir servicios de Proveedores Atención Médica indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.
- Citas para servicios sensibles.

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Oncólogos, que atienden a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes que tienen enfermedades del corazón.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes que tienen problemas en huesos, músculos o articulaciones.

Referencias de su PCP

Por lo general, acudirá primero con su PCP para atender la mayoría de sus necesidades médicas de rutina. Hay solo unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin la aprobación previa de su PCP, que se describen anteriormente en la Sección **D1**.

Una referencia por escrito puede ser para una consulta o puede ser una referencia permanente para más de una consulta si necesita servicios continuos. Debemos darle un referido permanente a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una incapacidad o enfermedad degenerativa;
- cualquier otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento por parte de un especialista.

Si no obtiene una referencia por escrito cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página.

Referencias a proveedores de la red

Cuando su PCP le receta atención que no está disponible de un PCP (por ejemplo, atención especializada), le dará una referencia para ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red según sea necesario. Si su PCP le refiere a un especialista de la red, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención continua del especialista. Le enviaremos una referencia por escrito para autorizar una consulta inicial o un número específico de consultas con un especialista de la red. Después de su consulta inicial con el especialista de la red, debe regresar con su PCP, a menos que hayamos autorizado más consultas, de acuerdo con lo que se especifique en la referencia escrita que le demos. No regrese con el especialista de la red después de su consulta inicial a menos que hayamos autorizado consultas adicionales en su referencia. De lo contrario, es posible que los servicios no estén cubiertos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de la red necesitará obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan o del Grupo Médico (a esto se le llama obtener una “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el **Capítulo 9**.

- Servicios y artículos identificados en el **Capítulo 4** con una nota al pie (†).
- Si su proveedor de la red decide que usted necesita servicios cubiertos que no están disponibles en los proveedores de la red, recomendará al Grupo Médico que se le remita a un proveedor que no pertenece a la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Grupo Médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifica la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención de posestabilización por parte de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita cuidados posestabilización y que los cuidados estarían cubiertos si los recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que los reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Consulte la **Sección H** en este capítulo para obtener más información.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos asociados.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la **Sección J** de este capítulo.
- Si su proveedor de la red hace una referencia escrita o electrónica para una evaluación de un trasplante, el comité asesor regional de trasplantes del Grupo Médico o la junta o conferencia de caso (si existe) autorizará la referencia si determina que usted es un candidato potencial para el trasplante de órganos y el servicio está cubierto de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Grupo Médico lo referirá a uno o más médicos de

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

un centro de trasplantes, y el Grupo Médico autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de vista médico o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Nota: Un médico de la red puede brindar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir este procedimiento de autorización de trasplantes del Grupo Médico.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que utilice puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor dentro de la red calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos localizar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos hacer arreglos para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. La persona designada por el Grupo Médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifica la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.

- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no administramos bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores va a abandonar nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y coordinar su atención. Comuníquese con nosotros al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

D4. Proveedores que no pertenecen a la red

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

La atención médica que reciba de un proveedor que no pertenece a la red no estará cubierta salvo en los siguientes casos:

- Servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección **D1** de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autorizamos un referido a un proveedor fuera de la red, según se describe en la **Sección D2** de este capítulo.
- Servicios de diálisis que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos por Medicare de acuerdo con esta **Guía para miembros** de los proveedores designados en dicha área de servicio. Por favor llame a nuestra Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos), o visite nuestro sitio web en **kp.org/travel** para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

cobertura y ubicaciones de los centros de atención. Kaiser Permanente se ubica en California, Distrito de Columbia, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Nota: Nuestra línea de atención fuera de casa también puede responder a preguntas sobre los servicios de atención de urgencia o emergencia cubiertos que recibe fuera de la red, incluido cómo obtener el reembolso.

- Para los servicios de Medi-Cal, puede acudir a un proveedor fuera de la red sin una referencia o aprobación previa para servicios de emergencia o para ciertos servicios de atención sensible. También puede ir a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área cuando se encuentre en un área donde no operamos. Si necesita servicios de atención mental para pacientes ambulatorios, puede acudir a un proveedor de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin autorización previa. Debe tener una referencia o una aprobación previa para todos los demás servicios fuera de la red o no se cubrirán.
- Nota: Si usted es indígena estadounidense, puede obtener atención de un Proveedor de Atención Médica Indígena fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) pueden ayudarlo a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluida la atención en un centro de enfermería especializada, los Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y los Apoyos Comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de apoyo para el hogar, está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

- Puede pedirle a su médico o a su coordinador de atención más información sobre los LTSS.

F. Servicios de la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para la salud del comportamiento médicamente necesarios que Medicare y Medi-Cal cubren. Brindamos acceso a los servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicare y para condiciones de salud del comportamiento de leves a moderadas cubiertas por Medi-Cal. Nuestro plan no cubre los servicios de salud mental especializados cubiertos por Medi-Cal, pero estos servicios están disponibles para usted a través de su plan de salud mental de su condado. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental disponibles a través del plan de salud mental de su condado, comuníquese con el siguiente departamento:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles al **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Servicios de Recuperación y Salud Mental del condado de Orange al **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- Departamento de Salud Mental del condado de Riverside al **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Departamento de Salud del Comportamiento de San Bernardino al **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de San Diego al **1-888-724-7240 (TTY 711)**

F1. Servicios para la salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (“MHP”) del condado si cumple con los criterios para acceder a los servicios de salud mental especializados.

- Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal cubiertos por el **Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles al 1-800-854-7771 (TTY 711)**
- Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal cubiertos por los Servicios de Recuperación y Salud Mental del condado de Orange al 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal cubiertos por el **Departamento de Salud Mental del condado de Riverside al 1-800-706-7500 (TTY 711)**
- Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal cubiertos por el **Departamento de Salud del Comportamiento de San Bernardino al 1-888-743-1478 (TTY 711)**
- Servicios especializados de salud mental de Medi-Cal cubiertos por los **Servicios de Salud del Comportamiento del condado de San Diego al 1-888-724-7240 (TTY 711)**

Servicios para pacientes ambulatorios

- Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, terapia, rehabilitación y visitas de parientes).
- Servicios de apoyo de medicamentos.
- Servicios intensivos de tratamiento de día.
- Servicios de rehabilitación de día.
- Servicios de intervención en casos de crisis.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Servicios de estabilización de crisis.
- Servicios específicos de administración de casos.
- Servicios terapéuticos del comportamiento.

Tratamientos residenciales

- Servicios de tratamiento residencial para adultos.
- Servicios de tratamiento en entorno residencial para crisis.

Servicios para pacientes internos

- Servicios para pacientes psiquiátricos hospitalizados en estado agudo.
- Servicios profesionales para pacientes psiquiátricos hospitalizados.
- Servicios en centros de atención psiquiátricos.

Si cumple con los criterios para recibir estos servicios, los servicios de Medi-Cal o el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de los siguientes:

- Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles al **1-800-854-7771** (TTY 711)
- Servicios de Recuperación y Salud Mental del condado de Orange al **1-855-625-4657** (TTY 711)
- Departamento de Salud Mental del condado de Riverside al **1-800-706-7500** (TTY 711)
- Departamento de Salud del Comportamiento de San Bernardino al **1-888-743-1478** (TTY 711)
- Servicios para la Salud del Comportamiento del condado de San Diego al **1-888-724-7240** (TTY 711)

Entre los servicios de medicamentos de Medi-Cal, se incluyen los siguientes:

- Servicios intensivos de tratamiento ambulatorio.
- Servicios de tratamiento en entorno residencial.
- Servicios sin medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de tratamiento de consumo de narcóticos.
- Servicios con naltrexona para la dependencia de opiáceos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen los siguientes:

- Servicios para pacientes ambulatorios y ambulatorios intensivos.
- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos).
- Residencial/Paciente hospitalizado.
- Manejo de la abstinencia.
- Servicios de tratamiento de consumo de narcóticos.
- Servicios de recuperación.
- Coordinación de la atención.

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

G. Servicios de Transporte

G1. Transporte médico para situaciones que no sean de emergencia

Tiene derecho a usar transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no es de emergencia para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, de uso de sustancias y farmacéuticas. Puede solicitar transporte médico que no sea de emergencia a su proveedor de la red, dentista o proveedor para trastornos por abuso de sustancias. Su proveedor decidirá el tipo correcto de transporte que necesita. El transporte médico que no es de emergencia puede ser una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla o transporte aéreo.

El transporte médico que no es de emergencia debe utilizarse en los siguientes casos:

- No puede usar física o médicamente un autobús, taxi, vehículo o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para ingresar y salir de su hogar, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.
- Lo solicita un médico de la red y autorizado con antelación.

Si su médico decide que necesita Transporte Médico, se lo recetará. Para obtener más información sobre cómo programar transporte médico, llame a Servicio a los Miembros al número que figura al final de esta página.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Límites del Transporte Médico

Para los casos que no sean emergencias, cubrimos el transporte médico de menor costo para sus necesidades médicas hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Esto significa, por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una camioneta para silla de ruedas, no pagaremos una ambulancia. Tiene cobertura para el transporte aéreo cuando sea necesario desde el punto de vista médico. No puede obtener transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través de nuestro plan de salud, no cubriremos el transporte médico. Sin embargo, podemos ayudarlo a programar el transporte que necesita. Si necesita transporte médico en nuestra área de servicio o para acudir a un proveedor fuera de la red, cubriremos el transporte médico solo si lo hemos autorizado para usted.

G2. Transporte no médico

Los beneficios del transporte no médico incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, en los siguientes casos:

- para viajar desde y hacia una cita para obtener un servicio autorizado por su proveedor; o
- para recoger recetas y suministros médicos.

Nuestro plan le permite usar un auto, taxi, autobús u otra forma de transporte público o privado para acudir a su cita no médica para obtener servicios autorizados por su proveedor. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, se le puede reembolsar por el transporte en un vehículo privado que usted coordine. Nuestro plan debe aprobar esto **antes** de que reciba el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener un servicio de transporte de otra manera, como tomar el autobús. **No se le puede reembolsar si conduce usted mismo.**

El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

- la licencia de conducir del conductor
- el registro del vehículo del conductor
- el comprobante de seguro de automóvil para el conductor

Para pedir transporte para servicios que han sido autorizados, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-844-299-6230 (TTY 711)** al menos tres días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Cuando llame, deberá contar con todo lo siguiente:

- su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente
- la fecha y hora de sus citas médicas

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- la dirección donde necesita que lo pasen a buscar y la dirección a la que se dirige
- si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta
- si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre/la madre/el tutor legal o el cuidador)

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de salud para indígenas estadounidenses local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Nuestro plan brinda el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible.

No puede conducir usted mismo ni recibir un reembolso directo.

El transporte no médico **no** aplica si sucede lo siguiente:

- Se necesita una ambulancia, una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla u otra forma de transporte médico que no es de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Nosotros no cubrimos el servicio de Medicare.
- El servicio no tiene cobertura de Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que causaría lo siguiente:

- un riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación; **o**
- un daño grave a las funciones del organismo; **o**
- una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes del parto;
 - un traslado a otro hospital podría amenazar su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Los médicos que le proporcionen la atención de emergencia determinarán en qué momento su situación es estable y cuándo termina la emergencia médica. Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos.

Si tiene una emergencia médica haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al **911** o use el servicio de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación o referencia de su PCP. **No** necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia, incluidos servicios de ambulancia, cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una certificación estatal apropiada.

Atención de postestabilización

Informe a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto como sea posible.

Haremos un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, en general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

Nos asociaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar su atención y darle seguimiento. Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes sobre atención adicional. Cubriremos la atención de postestabilización de seguimiento, según la ley correspondiente. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener una autorización para la atención de postestabilización **antes** de que usted reciba la atención del proveedor fuera de la red. El proveedor que le esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de postestabilización. En la mayoría de los casos, solo será responsable financieramente si el proveedor fuera de la red o nosotros le notificamos sobre su posible responsabilidad.

Para solicitar la aprobación previa para que reciba atención de postestabilización de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe llamarnos al **1-800-225-8883 (TTY 711)**. También pueden llamarnos al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

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

Si decidimos que un hospital de la red, un centro de enfermería especializada u otro proveedor proporcione la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para llevarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir servicios especiales de transporte para los que normalmente no ofreceríamos cobertura.

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

La atención de posestabilización también incluye equipo médico duradero (“DME”) solo cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo de DME está cubierto según lo descrito en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- Es necesario desde el punto de vista médico que tenga el artículo de DME después de salir del hospital.
- El artículo de DME está relacionado con la atención de emergencia que recibió en el hospital.

Obtención de atención de emergencia si no se trataba de una emergencia

A veces es difícil saber si lo que se tiene es una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que usted acuda para recibir atención de emergencia y el médico diga que no era realmente una emergencia. Cubrimos su atención siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Una vez que el médico indique que no era una emergencia, cubrimos la atención adicional únicamente si:

- Usted usa un proveedor de la red, o
- La atención adicional que reciba se considera “atención urgente” y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la sección siguiente.

H2. Atención de urgencia

La atención urgente es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga una reagudización de una afección existente o un dolor de garganta intenso que ocurra durante el fin de semana y necesite tratamiento.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención de urgencia solo si:

- obtiene esta atención de un proveedor de la red, y
- sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, cubrimos la atención de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarlo. Los enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para evaluar síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o hacer una cita, puede hablar con un enfermero de consulta.

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido hacer citas de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero de consulta las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para obtener los números de teléfono para programar citas y recibir consejos.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención urgente que le proporcione cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Los servicios fueron necesarios para tratar una enfermedad o lesión imprevista y evitar un deterioro grave de su salud.
- No era razonable retrasar el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio.
- Los servicios se habrían cubierto si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

en su área geográfica, también tiene derecho a recibir atención por parte de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **kp.org**

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red a la tarifa de costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información.

I. Qué hacer si le facturan directamente los servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si tiene una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta Guía para miembros para saber qué hacer.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinan médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**), **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted mismo paga el costo completo.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** se explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios a los Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, paga el costo completo para seguir recibiendo ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para ver los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios a los Miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.

J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban tipos nuevos de atención médica o medicamentos. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, por lo general, se solicita que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le brinda información sobre el estudio y averigua si cumple con los requisitos para participar en él. Puede participar en el estudio mientras cumpla con las condiciones exigidas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras participe en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De ese modo, nuestro plan continúa cubriendo los servicios y la atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional (national coverage determinations, NCD) y pruebas de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Lo animamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos por Original Medicare, lo animamos a usted o su coordinador de atención a comunicarse con Servicio a los Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Estos son, entre otros:

- habitación y alimentación durante la hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicaciones originados por la nueva atención

Si forma parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted pagará los costos por participar en el estudio.

J3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica al leer “Medicare & Clinical Research Studies” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

K. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa y no médica para el cuidado de la salud

K1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un lugar en el que se brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud.

Este beneficio es solo por los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

K2. Atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe firmar un documento legal en el que se indique que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier tipo de atención que sea **voluntaria y no la exija** ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier tipo atención que sea **no voluntaria y se exija** en virtud de la ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro se debe cumplir lo siguiente:
- Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
- Debe obtener nuestra aprobación antes de ser ingresado en el centro de atención, o su estadía **no** estará cubierta.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y costos compartidos necesarios para los servicios que brindan los proveedores de la red, como se describe en los **Capítulos 4 y 12**.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (“DME”) incluye artículos que cumplen con los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarse de forma repetida.
- El artículo es principal y generalmente usado para servir a un propósito médico.
- El artículo normalmente no es útil para una persona que tiene una enfermedad o lesión.
- El artículo es apropiado para su uso en el hogar.
- El artículo es necesario para ayudarlo con las actividades de la vida diaria (“AVD”).

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

El equipo médico duradero requiere aprobación previa. La cobertura se limita al artículo de menor costo que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos al proveedor. Deberá regresarnos el equipo o pagarnos el precio justo de mercado del equipo cuando ya no esté bajo nuestra cobertura.

El Equipo Médico Duradero (DME) incluye ciertos artículos medicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre será dueño de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección analizamos el DME que alquila. En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME serán dueñas del equipo después de realizar copagos del equipo durante 13 meses. Al ser miembro de nuestro plan, **no** será dueño del DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será dueño del equipo.

L2. Propiedad del DME si cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de ser sus propietarios.

Nota: Puede encontrar definiciones de Original Medicare y Planes MA en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted 2024*. Si no tiene una copia de este folleto puede obtener una en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si no elige Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos seguidos con la cobertura de Original Medicare o tendrá que hacer la cantidad de pagos seguidos establecida por el plan MA para poseer el artículo de DME si:

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, **y**
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan MA.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si realizó pagos por el artículo de DME con la cobertura de Original Medicare o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o del plan MA no cuentan para los pagos que debe hacer después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos seguidos con Original Medicare o una cantidad de pagos nuevos seguidos establecidos por el plan MA para poseer el artículo de DME.
- No existen excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir un equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- El alquiler de equipos de oxígeno.
- La entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Los tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- El mantenimiento y los arreglos del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Original Medicare u a otro plan Medicare Advantage (MA)

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario pero usted **deja nuestro plan y cambia a Original Medicare**, deberá alquilarlo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- El equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- El equipo de oxígeno y suministros hasta por 5 años, si es necesario desde el punto de vista médico.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del periodo de 5 años** ocurrirá lo siguiente:

- Su proveedor ya no tendrá que proporcionarlo, y usted puede optar por obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de 5 años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor brinda el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Un nuevo ciclo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico y **abandona nuestro plan y cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 4: Cuadro de Beneficios

Introducción

En este capítulo se describen los servicios que nuestro plan cubre además de toda restricción o límite respecto de estos servicios y cuánto paga por cada servicio. También se describen los beneficios no cubiertos en nuestro plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Nuevos miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1:

En la mayoría de los casos, estará inscrito en nuestro **Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** para que reciba sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de ese período, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-443-0815** (TTY 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Capítulo 4 Índice

A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo.....	70
A1. Durante emergencias de salud pública	70
B. Reglas en contra de que los proveedores le cobren por los servicios	70
C. Información acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan	71
D. Cuadro de Beneficios de nuestro plan	73
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	150
E1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT).....	150
Para los servicios de coordinación de transición de CCT	150
Para los servicios que no están no relacionados con su transición de CCT	150
Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos	150

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



E2. Programa Medi-Cal Dental..... 151

E3. Cuidados paliativos 151

E4. Servicios de apoyo para el hogar (IHSS) 152

E5. 1915(c) Programas de Exención de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) 153

E6. Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”) 156

E7. Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR..... 156

E8. Servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica 156

E9. Oración o curación espiritual..... 156

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal 157

Exclusiones de DeltaCare USA..... 162

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. Sus servicios cubiertos y sus gastos de bolsillo

En este capítulo se describen los servicios que nuestro plan cubre y cuánto debe pagar por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros**. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Por algunos servicios se le cobra un gasto de bolsillo llamado copago. Se trata de un monto fijo (por ejemplo, \$5) que paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame al departamento de Servicio a los Miembros, al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

A1. Durante emergencias de salud pública

En caso de declararse una emergencia de salud pública por alguna enfermedad, cubriremos los siguientes servicios sin costo para usted:

- Servicios preventivos, incluidas vacunas, con una recomendación “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.
- Servicios y productos necesarios para la detección, las pruebas y el diagnóstico de la enfermedad que sea objeto de la emergencia de salud pública.
- Autorización de uso de emergencia terapéutica aprobada u otorgada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento de la enfermedad.

B. Reglas en contra de que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen los servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos a usted de todo cargo. Esto es así aún en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos.

Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros** o llame a Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

C. Información acerca del Cuadro de Beneficios de nuestro plan

En el Cuadro de Beneficios se indican los servicios que nuestro plan paga. Se mencionan en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagamos por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y por Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. El **Capítulo 3** de la **Guía para miembros** tiene más información sobre cómo recibir atención de los proveedores de la red y de aquellos que están fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención médica primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y maneja su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de un proveedor que no es su PCP o de otros proveedores que son parte de la red del plan. A esto se le conoce como referencia. El **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios mencionados en el Cuadro de Beneficios, solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previamente. Esto se denomina autorización previa (prior authorization, PA). Marcamos con una nota al pie (†) los servicios cubiertos en el Cuadro de Beneficios que necesitan PA. Además, puede consultar el **Capítulo 3** para obtener más información sobre la PA, incluidos los servicios que requieren PA y que no se incluyen en el Cuadro de Beneficios.
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. En el Cuadro de Beneficios encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.


- **Apoyos Comunitarios:** Es posible que su Plan de Atención individualizado tenga Apoyos Comunitarios disponibles. Los Apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos, apropiados desde el punto de vista médico y rentables. Son servicios opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarle a vivir con más independencia. **No** reemplazan a los beneficios que ya recibe a través de Medi-Cal. No están disponibles en todas las áreas. No todos los miembros reúnen los requisitos para recibir Apoyos Comunitarios. Para reunir los requisitos, debe cumplir con criterios específicos. Para obtener más información sobre los Apoyos Comunitarios, hable con su PCP o llame a Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

D. Cuadro de Beneficios de nuestro plan

Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos un único ultrasonido de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene ciertos factores de riesgo y una referencia de un médico, asistente médico, profesional de enfermería avanzada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda†</p> <p>Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o con más frecuencia, si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, que se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no está asociado a una cirugía, y • no está asociado con el embarazo. <p>Además, si muestra una mejoría, pagaremos ocho sesiones de acupuntura adicionales contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si el dolor no mejora o si empeora.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>La acupuntura no está cubierta por Medicare†</p> <p>Cubrimos la acupuntura que, por lo general, se brinda solo para tratar las náuseas o como parte de un programa integral para el control del dolor o para el tratamiento del dolor crónico).</p> <p>También es posible que pueda acceder a los servicios de acupuntura con su cobertura de Medi-Cal. En Medi-Cal, cubrimos los servicios de acupuntura que son necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor crónico intenso y persistente que se produce por una afección médica generalmente conocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios no requieren una referencia ni aprobación previa. Estos servicios de acupuntura están cubiertos cuando se obtienen a través de nuestros proveedores de la red o proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura que cubre Medi-Cal, llame a American Specialty Health al 1-800-678-9133 (TTY 711).</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención Sensible para adultos cubierta por Medi-Cal</p> <p>Como adulto (mayor de 18 años), es posible que no quiera acudir a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. Si es así, puede elegir cualquier médico o clínica para los siguientes tipos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planificación familiar/anticoncepción (incluidos los servicios de esterilización) • pruebas de embarazo y asesoramiento • prevención/pruebas/tratamiento del VIH/SIDA • prevención/pruebas/tratamiento por infecciones de transmisión sexual • atención por agresión sexual • servicios de aborto para pacientes ambulatorios <p>Para las pruebas de embarazo, los servicios de planificación familiar, los servicios de anticoncepción o los servicios de infecciones de transmisión sexual, no es necesario que el médico o la clínica sea parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir allí sin ninguna referencia y sin tener autorización previa. Si desea recibir ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros.</p> <p>Es posible que no se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red que no se relacionen con la Atención Sensible. Para recibir ayuda y encontrar un médico o una clínica que ofrezca esos servicios, o para recibir ayuda en cuanto al transporte para acudir a los servicios, puede llamar a Servicio a los Miembros. También puede llamar a la Línea de Citas y Consejos para hablar con un profesional de la salud, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Evaluación de consumo indebido de alcohol y asesoramiento</p> <p>Pagamos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol (SABIRT) para adultos que consumen alcohol de forma indebida pero no son dependientes. Esto incluye a las embarazadas.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones cara a cara breves de asesoramiento al año (si es competente y se encuentra apto durante el asesoramiento) con un proveedor de atención primaria (PCP) o un profesional médico, en un centro de atención primaria.</p> <p>Si necesita más servicios de asesoría y tratamiento, además de los cubiertos por Medicare, quizás pueda recibir dichos servicios mediante el plan de salud mental de su condado. El condado ofrece servicios contra el trastorno por abuso de sustancias para los miembros de Medi-Cal que reúnen los requisitos de necesidad médica. Para buscar en línea los teléfonos de todos los condados, visite http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.





Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen el transporte por tierra y aire (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida.</p> <p>Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben recibir nuestra aprobación. En caso de que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre el transporte que no sea de emergencia.</p> <p>También cubrimos servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluso el transporte a través del sistema de respuesta a emergencias 911 donde esté disponible) si cree razonablemente que tiene una afección médica de emergencia y cree razonablemente que su condición necesita la asistencia clínica de servicios de transporte en ambulancia.</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga \$150 por cada viaje.</p>
<p> Exámenes físicos de rutina anuales</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita para el bienestar anual</p> <p>Puede recibir un examen médico anual. Esto es para realizar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos uno cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de “Bienvenida a Medicare” para obtener las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.





Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios preventivos del asma</p> <p>Puede recibir información sobre el asma y una evaluación del entorno de su hogar sobre los desencadenantes que se encuentran comúnmente en los hogares para personas con asma mal controlada.</p>	\$0
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para miembros que califican (por lo general, alguna persona que corre el riesgo de perder masa ósea o de sufrir osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o la calidad ósea.</p> <p>Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También le pagamos a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
	<p>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos de los senos una vez cada 24 meses. 	\$0
	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden de un médico.</p> <p>También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (tratamiento para la enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita por año, o más si son médicamente necesarias, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca. Es posible que durante la visita su médico haga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le hable del consumo de aspirina; • le mida la presión arterial, o • le dé consejos sobre una buena alimentación. 	\$0
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (del corazón)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos provocados por un alto riesgo de padecer una enfermedad cardíaca.</p>	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres que presentan un alto riesgo de padecer cáncer cervicouterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que han tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres de 30 a 65 años: pruebas del virus del papiloma humano (VPH) o pruebas de Papanicolaou más pruebas del VPH una vez cada 5 años. 	\$0
	<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias. • Es posible que Medi-Cal cubra los servicios quiroprácticos ofrecidos en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o en Clínicas de Salud Rural (Rural Health Clinics, RHC) en la red de Kaiser Permanente. Es posible que los FQHC y las RHC requieran una referencia para brindar servicios. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en un FQHC o una RHC, llame a Servicio a los Miembros. 	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.





Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios dentales Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el Programa dental de la HMO de DeltaCare® USA. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales.</p>	<p>\$0 por servicios cubiertos descritos en la sección “Atención dental (Programa dental de HMO de DeltaCare USA)” al final de este cuadro.</p>
<p>Pagamos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través del Programa Medi-Cal Dental descrito en la Sección E.</p>	<p>\$0</p>
<p> Detección de la depresión Pagamos una prueba de detección de la depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección para la diabetes Pagamos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa) <p>Las pruebas también pueden cubrirse en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de las pruebas, puede calificar para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Suministros para monitorear su glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • un monitor de glucosa en la sangre • tiras reactivas para la glucosa en la sangre • lancetas y dispositivos para lancetas • soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • †Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o • un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (no incluye las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos). • †En algunos casos, pagamos una capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros. <p>Nota: Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes a través de un programa que no pertenece a nuestro plan y que es reconocido por la Asociación Americana de Diabetes y aprobado por Medicare.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de doulas</p> <p>Para personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el periodo prenatal y el periodo posparto, así como también apoyo durante el parto.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p> <p>Consulte el Capítulo 12 de esta Guía para miembros para obtener una definición de “Equipo Médico Duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • almohadilla seca de presión para el colchón • suministros para diabéticos • camas de hospital que pida un proveedor para su uso en el hogar • bombas y poste de infusión intravenosa (IV) • dispositivos para generar el habla • equipos de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastones estándar con mago curvo o de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • tracción cervical (de puerta) • estimulador óseo • equipo de atención para diálisis. <p>Puede que se cubran otros artículos.</p> <p>Pagamos todo el DME necesario desde el punto de vista médico que Medicare y Medi-Cal normalmente pagan. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.</p>	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted pagará un coseguro del 20 %, excepto que para medidores de flujo máximo y equipos de terapia con luz ultravioleta paga \$0.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>También cubrimos el siguiente DME sin cobertura de Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesorios para la extensión de la cama de hospital, si es necesario. • Protectores para el talón o el codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión. • Dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha generado complicaciones médicas (por ejemplo, una infección cutánea) o impide la realización de actividades de la vida diaria. • Bolsa de resucitación si el paciente con traqueostomía tiene problemas significativos de manejo de secreciones y que necesita una técnica de lavado y succión con ayuda de respiración profunda a través de la bolsa de resucitación. • Equipo de terapia con luz ultravioleta para afecciones distintas de la psoriasis según sea médicamente necesario, incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta para uso doméstico, si (1) el equipo fue aprobado para usted por medio del proceso de autorización previa del nuestro plan, como se describe en el Capítulo 3 y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio. (La cobertura para el equipo de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él). 	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona, con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que resultará en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación; o • un daño grave a las funciones del organismo; o • una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> • No hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes del parto. • Un traslado a otro hospital podría amenazar su salud o seguridad, o la de su bebé en gestación. <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red.</p> <p>Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>\$0</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención o debe obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, y el costo que pagará es el valor del costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticonceptivo intrauterino/dispositivo intrauterino, implantes, inyecciones, píldoras para el control de la natalidad, parche o anillo). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical). • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar). Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoría genética. <p>También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program)</p> <p>El programa Silver&Fit incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit participante y aprovechar los servicios que están incluidos en la membresía estándar del centro de acondicionamiento físico (por ejemplo, el uso del equipo del centro de acondicionamiento físico o las clases dirigidas por un instructor que no requieren una cuota adicional). Si se inscribe para obtener una membresía del centro de acondicionamiento físico Silver&Fit, se aplica lo siguiente: • El centro de acondicionamiento físico ofrece orientación sobre las instalaciones y el equipo. • Los servicios que ofrecen los centros de acondicionamiento físico varían según el lugar. Cualquier servicio no convencional en un centro de acondicionamiento físico que habitualmente requiere una cuota adicional no está incluido en su membresía estándar del centro de acondicionamiento físico a través del programa Silver&Fit (por ejemplo, las tarifas de las canchas o de los servicios de un entrenador personal). • Para unirse a un centro de acondicionamiento físico de Silver&Fit, regístrese en kp.org/SilverandFit y seleccione sus ubicaciones. Luego, puede imprimir o descargar su “Carta de Bienvenida”, que incluye su tarjeta Silver&Fit con el número de identificación de acondicionamiento físico para que la presente en el centro de acondicionamiento físico seleccionado. • Una vez que se inscriba, puede cambiarse a otro centro de acondicionamiento físico Silver&Fit adherido una vez al mes y su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente (es posible que deba llenar un nuevo acuerdo de membresía en el centro de acondicionamiento físico). <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea hacer ejercicio en casa, puede escoger un kit de ejercicios para el hogar por año calendario. Hay muchos kits de acondicionamiento físico para el hogar para elegir, incluidas las opciones de rastreador de ejercicios portátil, pilates, fuerza, natación y yoga. Los kits están sujetos a cambios y una vez seleccionados no se pueden cambiar. Para recoger su kit, visite kp.org/SilverandFit o llame al servicio al cliente de Silver&Fit. • Obtenga acceso a los servicios en línea de Silver&Fit en kp.org/SilverandFit que le proporcionan videos de ejercicios físicos en cualquier momento, planes de ejercicios físico, el Club del bienestar (Well-Being Club), un boletín y otras funciones útiles. La función mejorada Club del bienestar del sitio web de Silver&Fit les brinda a los miembros la oportunidad de acceder a recursos personalizados así como de participar de clases y eventos de transmisión en vivo. <p>Para obtener más información sobre el programa Silver&Fit y la lista de los centros de acondicionamiento físico participantes y los kits de acondicionamiento físico en el hogar, visite kp.org/SilverandFit o llame al servicio al cliente de Silver&Fit al 1-877-750-2746 (TTY 711), de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m. (Hora Estándar del Pacífico o PST).</p> <p>El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>Ofrecemos muchos programas que se centran en ciertos estados de salud. Entre esas recomendaciones se incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • clases de educación para la salud; • clases de educación de nutrición; • dejar de fumar y de consumir tabaco, y • línea directa de enfermería. <p>Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una cantidad de clases grupales de educación para la salud que incluyen lo siguiente: corazón sano (healthy heart), vivir con condiciones crónicas y depresión (living with chronic conditions and depression). Los programas para un estilo de vida saludable se brindan a través de un educador en salud certificado u otro profesional de la salud calificado.</p> <p>Cubrimos una variedad de asesoramientos, programas y materiales sobre educación para la salud para ayudarlo a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos programas para condiciones crónicas (como diabetes y asma). También puede participar en programas que no cubrimos, pero es posible que deba pagar una tarifa.</p> <p>Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud local, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web kp.org.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios para la audición</p> <p>Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando se las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Audífonos</p> <p>Cubrimos los audífonos si se cumple lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted se ha realizado una prueba de pérdida de audición. • Los audífonos son necesarios desde el punto de vista médico. • Usted tiene una receta médica de su médico. <p>La cobertura se limita al audífono de menor costo que se ajuste a sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos al proveedor que suministrará el audífono. Cubrimos un solo audífono, a menos que se necesite un audífono para cada oído para obtener resultados significativamente mejores de los que podría obtener con un solo audífono.</p> <p>Cubrimos los siguientes para cada audífono cubierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moldes auriculares necesarios para el ajuste • un paquete de pilas estándar • visitas para asegurarse de que el audífono funciona correctamente • visitas para la limpieza y el ajuste del audífono • reparación del audífono <p>Cubriremos un reemplazo de audífono si sucede lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su audífono actual no logra corregir su pérdida de audición. • Su audífono se pierde, se lo roban o se rompe (y no es posible repararlo) y no fue su culpa. Debe entregarnos una nota en la que se indique cómo sucedió. <p>La cobertura no incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reemplazo de las pilas del audífono 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Detección del VIH.</p> <p>Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pidan una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de padecer una infección por VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p> <p>También pagamos pruebas de detección del VIH adicionales cuando su proveedor las recomienda.</p>	<p>\$0</p>
<p>Comidas con entrega a domicilio</p> <p>En Medi-Cal, puede calificar para obtener cobertura para las comidas entregadas a domicilio en Apoyos Comunitarios. Los Apoyos Comunitarios no están disponibles en todas las zonas y debe cumplir criterios de elegibilidad específicos. Pídale más información a su médico sobre los Apoyos Comunitarios de Medi-Cal.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe informarnos que los necesita, y una agencia de atención médica a domicilio debe brindárselos. Debe ser una persona confinada en casa, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio (para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios médico-sociales. • Equipo y suministros médicos. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p> <p>Nota: No existe costo compartido por servicios de atención médica a domicilio y artículos proporcionados de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicarán los costos compartidos correspondientes mencionados en otra parte de este Cuadro de Beneficios si el artículo tiene cobertura bajo un beneficio diferente; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica domiciliaria.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia de infusión en el hogar†</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se brindan en el hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba, y • suministros, como tubos o un catéter sonda. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación para los miembros que aún no están incluidas en el beneficio del DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. 	<p>\$0 para servicios profesionales, capacitación y seguimiento. Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de este Cuadro de Beneficios, según el artículo.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusión en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar. 	<p>\$0</p> <p>Nota: Si un suministro o medicamento para infusión en el hogar no lo surte una farmacia de la red de infusión para el hogar, el suministro o el medicamento pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes mencionados en este folleto según el servicio.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención a domicilio <p>Los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionan con su pronóstico se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección E de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Cubrimos los servicios ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted pagará el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan aplica lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros. <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador de atención o a Servicio a los Miembros para que organice los servicios. Los cuidados que no son paliativos son cuidados que no se relacionan con su pronóstico terminal.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
	<p>Vacunas</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>Cubrimos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de esta Guía para miembros.</p>	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención, como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria. • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, tal como sillas de ruedas. • Servicios de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p> <p>Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si cumple con los requisitos para recibir un trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede obtener servicios de trasplante a nivel local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona, de acuerdo con nuestras pautas de viaje y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico. • Nota: Para ser un paciente interno, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. • Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si Tiene Medicare, ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Cubrimos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene más de 65 años, cubrimos los servicios que reciba en una Institución para Enfermedades Mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado</p> <p>No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y necesaria desde el punto de vista médico.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que pagemos los servicios que reciba mientras esté en un centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio. • Radiografías, radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan total o parcialmente alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o • La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en su afección. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios y suministros para la enfermedad renal</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para que conozca el tema y tome buenas decisiones acerca de su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe referirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para la autodiálisis, incluida la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, tales como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis necesarias para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. • Análisis de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis. • Una visita de rutina al consultorio al mes con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un centro hospitalario ambulatorio y se cumplen determinados criterios. • Visitas al consultorio que no son de rutina con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un consultorio médico. <p>El beneficio de medicamentos de Medicare Parte B cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en este Cuadro de Beneficios.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.





Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de esta Guía para miembros, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. 	<p>Si es elegible para asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, pagará un coseguro del 20 %.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan cubre la prueba de detección de cáncer del pulmón cada 12 meses si usted cumple con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer del pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. <p>Después de la primera prueba de detección, nuestro plan cubre otra prueba de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan		Lo que debe pagar
	<p>Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón con el pedido de su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica mediante Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>A partir de ese momento, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.</p> <p>También cubrimos asesoramiento nutricional/dietético con un proveedor de la red que no esté relacionado con la diabetes o enfermedad renal en fase terminal (ESRD).</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
	<p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP)</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio alimentario a largo plazo, y • Aumento de la actividad física, y • Formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicare Part B prescription drug†</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra por su cuenta y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio del hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto médico). • Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que estén autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Cubrimos estos medicamentos si está circunscrito al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es necesario desde el punto de vista médico), anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 de esta Guía para miembros se explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Allí, se explican las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados.</p> <p>En el Capítulo 6 de esta Guía para miembros, se explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería cubierta de acuerdo con su cobertura de Medicare</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un centro que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que recibe como parte de su plan de atención. (Incluye las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por los centros de enfermería. • Análisis de laboratorio generalmente ofrecidos por los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente ofrecidos por los centros de enfermería. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Servicios de un médico o profesional médico. • Equipos médicos duraderos. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios para la vista. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. <p>Por lo general, recibe atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital. 	
 <p>Prueba de detección de la obesidad y terapia para mantener el peso bajo</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal superior a 30, cubrimos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención médica primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención médica primaria para obtener más información.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)</p> <p>Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividades de consumo • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, la gestión y administración de esos medicamentos • asesoramiento por abuso de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas de toxicología) 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplirse los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. • Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. • A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo “paciente ambulatorio”. <p>Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en la siguiente hoja informativa: www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • servicios y pruebas de detección preventivas enumeradas en el Cuadro de Beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse por su cuenta 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Para los procedimientos dentales que se realizan en un centro de la red, ofrecemos anestesia general y los servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una incapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida. ○ Debido su estado de salud o afección médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. ○ En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general. • No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista, a menos que estén cubiertos por DeltaCare o Medi-Cal Dental. 	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional con licencia (licensed professional counselor, LPC) • un terapeuta de matrimonio y familia con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) • un profesional de enfermería avanzada (nurse practitioner, NP) • un asistente médico profesional (physician assistant, PA) • cualquier otro profesional de la salud mental calificado de Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • programas de hospitalización parcial o intensivos para pacientes ambulatorios • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un resultado de salud mental • servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico • análisis de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • consulta psiquiátrica 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p> <p>Además, ofrecemos cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia para prevenir caídas en adultos que tengan un riesgo alto de sufrir caídas, cuando la solicite el médico. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación interdisciplinario de tratamiento diurno. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación de consumo indebido de alcohol y asesoramiento • tratamiento para el abuso de sustancias • asesoramiento individual o grupal por un profesional clínico de la salud calificado, incluido un terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMTF). • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (Vivitrol) 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cirugía para pacientes externos (ambulatoria)</p> <p>Cubrimos cirugía para pacientes ambulatorios y servicios proporcionados en centros para pacientes ambulatorios del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Salud y Bienestar de Venta Libre (OTC)</p> <p>También cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos de venta libre hasta el límite de beneficio trimestral de \$250. El valor mínimo de cada pedido debe ser \$25. El pedido no debe exceder el límite del beneficio trimestral. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restablece el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p> <p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/ca. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al 1-833-569-2360 (TTY 711, de 7 a. m. a 6 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), de lunes a viernes.</p> <p>Es posible que cuente con cobertura adicional para ciertos artículos de venta libre cubiertos por Medical a través del programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al Servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.</p>	<p>Usted paga entre \$0 y el límite trimestral del beneficio de \$250.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) para reemplazar la nicotina</p> <p>Cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para uso sin receta. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Le proporcionaremos un suministro hasta de 100 días dos veces durante el año calendario.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. La ofrece el hospital como un servicio para pacientes ambulatorios o un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudar a evitar que tenga que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como un servicio ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural y que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Cuidados Paliativos</p> <p>Cubrimos los cuidados paliativos para los Miembros que cumplen los criterios de elegibilidad de Medi-Cal para estos servicios. Los cuidados paliativos reducen las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los miembros con enfermedades graves. Puede obtener cuidados paliativos y cuidados curativos al mismo tiempo.</p> <p>Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación anticipada de la atención. • Evaluación y consultas de cuidados paliativos. • Un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados. • Un plan con un equipo de atención, incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Médico en medicina u osteópata. • Asistente médico. • Enfermero titulado. • Enfermero vocacional titulado o profesional de enfermería avanzada. • Trabajador social. • Capellán. • Coordinación de la atención. • Manejo de síntomas y del dolor. • Servicios médico-sociales y de salud mental. <p>Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados para enfermos terminales al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico que se brindan en lugares tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Consultorio del médico. • Centro de cirugía ambulatoria certificado. • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula. • También cubrimos los servicios dentales necesarios para garantizar que la cavidad bucal esté libre de infecciones antes de ser incluido en la lista de espera de trasplantes de células madre alogénicas/médula ósea, corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas y trasplantes de órganos múltiples. En el caso de un trasplante urgente, estos servicios pueden realizarse después del trasplante. Los servicios son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Examen y evaluación de la cavidad bucal. • Servicios de tratamiento, incluidas las extracciones necesarias para el trasplante. • Radiografías dentales relevantes. • Limpieza. • Tratamientos con fluoruro. 	<p>\$0</p> <p>Puede que necesite una referencia para algunas especialidades y servicios dentales.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas a domicilio por parte un médico de la red (o de un proveedor de la red que sea un enfermero registrado) dentro de nuestra área de servicio cuando la atención se puede proporcionar mejor en su hogar, según lo determine el proveedor de la red. • Tratamientos con luz ultravioleta. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. Con su cobertura Medi-Cal, si no hay un proveedor de la red disponible o si necesita una segunda opinión para un servicio diferente, nos encargaremos de ello. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: atención primaria y especializada, que incluye servicios hospitalarios para pacientes internos, servicios en un centro de enfermería especializada, servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de emergencia, servicios necesarios con urgencia, servicios de hospitalización parcial, servicios de salud domiciliaria, servicios de terapia ocupacional, salud mental, podología, servicios psiquiátricos, fisioterapia y servicios de patología del habla y lenguaje, servicios de programas de tratamiento con opioides, servicios de radiografía para pacientes ambulatorios, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios de diálisis, servicios alimenticios o nutricionales, educación para la salud, servicios de educación sobre enfermedad renal, capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes y exámenes de audición, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, una cirugía o una consulta al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. • Tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrece el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: • Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal (ESRD) para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. • Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de un médico o proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Que usted no sea un paciente nuevo, y • Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y • Que la evaluación no implique una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Que usted no sea un paciente nuevo, y • Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y • Que la evaluación no dé lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica, si no es un paciente nuevo. 	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Telesalud con su cobertura de Medi-Cal: La telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor. O puede implicar compartir información con su proveedor sin que se realice una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de telesalud. Sin embargo, es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede ponerse en contacto con su proveedor para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles a través de la telesalud. Es importante que tanto usted como su proveedor acuerden que el uso de la telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted. Usted tiene el derecho a recibir servicios en persona y no está obligado a usar la telesalud incluso si su proveedor está de acuerdo con que es adecuado para usted.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón del talón) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, tal como la diabetes <p>Con su cobertura Medi-Cal, cubrimos servicios de podología cuando se consideren Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctricos del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que ingresan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>En hombres de 50 años de edad o más, cubrimos los siguientes servicios cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen rectal digital • Una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados†</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y posiblemente otros dispositivos que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • Nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas. • Marcapasos. • Ortodoncia. • Zapatos protésicos. • Brazos u ojos artificiales. • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una sección externa del rostro que se haya dañado o extirpado debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito. • Crema y pañales para la incontinencia. <p>Cubrimos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la vista” más adelante en este cuadro para obtener más detalles.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados† (continuación)</p> <p>También cubrimos estos artículos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias con gradiente de compresión para linfedema. • Ciertas botas quirúrgicas después de la cirugía cuando se proporcionan durante una visita ambulatoria. • Dispositivo de erección por vacío para disfunción sexual. • Determinados selladores de piel, protectores, humectantes, ungüentos que son necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado de las heridas. • No pagaremos las prótesis dentales, excepto las descritas en “Servicios dentales”. <p>Con su cobertura Medi-Cal, cubrimos los dispositivos protésicos y ortésicos si se cumplen todas las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para prótesis). • El artículo está recetado para usted. • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para sostener una parte del cuerpo (solo para aparatos ortésicos). • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para que usted realice las actividades de la vida diaria. • El artículo tiene sentido para su afección médica general. • El artículo tiene cobertura de Medi-Cal. • El artículo se debe aprobar previamente para usted. Esto incluye dispositivos auditivos implantados, prótesis de senos/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o sustituir una parte del cuerpo o para apoyar una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al equipo de menor costo que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos al proveedor. 	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con la orden para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Tratamiento en entorno residencial de los trastornos por abuso de sustancias y de la salud mental†</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado del trastorno por abuso de sustancias o de salud mental las 24 horas, los servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento residencial de salud mental o del trastorno por abuso de sustancias en un centro de tratamiento residencial autorizado, y los servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento individual y en grupo. • Servicios médicos. • Revisión de medicamentos. • Habitación y alimentación. • Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento residencial, según las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, si se los administra el personal médico de ese centro de atención. • Programación del alta hospitalaria. <p>No hay un límite del número de días necesarios desde el punto de vista médico en nuestro programa de tratamiento en entorno residencial para tratar trastornos de salud mental y de abuso de sustancias cuando lo receta un proveedor de la red.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Se requiere que un proveedor de atención médica primaria solicite las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones cara a cara de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención médica primaria. Las sesiones deben realizarse en un centro de atención médica primaria, tal como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no se enumeran a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada, o privada, si es necesario desde el punto de vista médico. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los centros de enfermería. • Análisis de laboratorio ofrecidos por los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología ofrecidos por los centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Servicios de médicos o proveedores. <p>Por lo general, recibe atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho cuando usted deja el hospital. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, no tiene signos o síntomas o enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejar de consumirlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento cara a cara. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco se le ofrece lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara. 	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Terapia supervisada de ejercicio (supervised exercise therapy, SET)</p> <p>Cubrimos la SET para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Nuestro plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET. • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico. <p>El programa de SET debe ser de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD. • Bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Transporte: transporte médico en casos que no sean de emergencia†</p> <p>Este beneficio ofrece el transporte más rentable y accesible. Por ejemplo: servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, y coordinación con paratransito.</p> <p>Las formas de transporte se autorizan en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando su afección médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y • Dependiendo del servicio, se puede requerir autorización previa. <p>Para obtener más información sobre el transporte que no sea de emergencia, consulte el Capítulo 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>
<p>Transporte: Transporte no médico†</p> <p>Este beneficio ofrece el transporte hacia los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público o privado.</p> <p>El transporte es necesario para obtener la atención médica necesaria, incluido el traslado a las citas con el dentista y para recoger los medicamentos recetados.</p> <p>Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no sea de emergencia.</p> <p>Para obtener más información sobre el transporte que no sea médico, consulte el Capítulo 3.</p>	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, o • Una enfermedad médica repentina, o • Una herida, o • Una afección que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red.</p> <p>Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre mayor).</p> <p>Fuera del área de servicio: Tiene cobertura para atención urgente en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata para una enfermedad o lesión imprevista y usted razonablemente creía que su salud se deterioraría si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su área de servicio.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Cubrimos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de los ojos de rutina cada año. • Servicios médicos ambulatorios para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, incluye exámenes anuales de los ojos para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular asociada a la edad. • La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos para las personas que tienen diabetes. • Pruebas del campo visual. <p>Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con riesgo alto de padecer glaucoma se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Personas afroamericanas de 50 años de edad o más. • Personas hispanoamericanas de 65 años de edad o más. 	<p>\$0</p> <p>Hable con su proveedor y obtenga una referencia a oftalmología.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Artículos para la visión después de una cirugía de cataratas: Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que el médico inserta una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas distintas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. • Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de cristalino. 	<p>\$0 para artículos para la visión, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Nota: Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.</p>
<p>Anteojos y lentes de contacto: Una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación de \$350 para comprar un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico o un optometrista le receta anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. • Armazones para anteojos, si un proveedor de la red coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón. • Adaptación y entrega de lentes de contacto. <p>No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 12 meses.</p> <p>La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no puede usarla más adelante.</p>	<p>Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$350, usted paga la diferencia.</p> <p>Medi-Cal cubre armazones nuevos o de repuesto que cuesten \$80 o menos, cada 24 meses. Si los armazones que compra cuestan más de \$80, usted pagará la diferencia.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Lentes de los anteojos incluidos con su cobertura Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> El proveedor de lentes de los anteojos del DHCS proporciona los lentes de los anteojos nuevos o de reemplazo. Si el proveedor del DHCS no puede proporcionarle los lentes que necesita, nos encargaremos de que sus lentes se hagan en otro laboratorio óptico. No tendrá que pagar más si tenemos que hacer arreglos porque el proveedor del DHCS no puede hacer los lentes de sus anteojos. 	<p>\$0</p> <p>Si desea lentes de los anteojos o características que no están cubiertas por Medi-Cal, entonces puede que tenga que pagar un extra por esas mejoras.</p>
<p>Lentes de reemplazo: Si tiene un cambio en la receta de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de un lente de anteojos o de contacto al que le proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (lente de anteojos, o lente de contacto, accesorio y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación para uno de estos anteojos de reemplazo es de \$30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y \$45 para unos lentes de anteojos multifocales o lenticulares.</p>	<p>Si las lentes que compra cuestan más que la asignación de \$30 para lentes unifocales o \$45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, pagará la cantidad que supere su asignación.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.




Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
<p>Lentes de contacto especiales: Ofrecemos cobertura para las siguientes lentes de contacto especiales cuando las recete un médico o un optometrista de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para aniridia (ausencia del iris), hasta dos lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico (incluidos ajustes y entrega) por ojo cada 12 meses. • Si las lentes de contacto (además de las lentes de contacto para la aniridia) aportarán una mejoría significativa de su visión que no pueden proporcionar las lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses. Sin embargo, no cubriremos ninguna lente de contacto si proporcionamos una asignación (u ofrecemos otra cobertura) para un par de lentes de contacto en los 12 meses anteriores, pero sin incluir las lentes de contacto para la aniridia. 	<p>\$0</p>
<p>Dispositivos para personas con visión disminuida: Cubrimos dispositivos para visión disminuida con Medi-Cal cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mejor agudeza visual corregida es de 20/60 o peor en el mejor ojo, o hay una restricción del campo de cualquiera de los ojos a 10 grados o menos del punto de fijación. • La afección que causa la visión subnormal es crónica y no puede aliviarse por medios médicos o quirúrgicos. • La afección física y mental del beneficiario es tal que existe una expectativa razonable de que la ayuda se utilizará para mejorar la funcionalidad diaria del beneficiario. <p>La cobertura se limita al dispositivo de menor costo que se ajuste a las necesidades del miembro. La cobertura de Medi-Cal no incluye los dispositivos electrónicos de aumento ni los dispositivos que no incorporan un lente para usar en el ojo.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que se pagan en nuestro plan	Lo que debe pagar
 <p>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Cubrimos una única consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • Referencias para otros cuidados si los necesita. <p>Nota: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, avise al consultorio de su médico que desea programar la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® USA)</p> <p>Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el Programa dental de la HMO de DeltaCare USA. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales.</p> <p>El dentista de DeltaCare USA aplicará los beneficios que se mencionan a continuación según lo considere apropiado. Estos beneficios están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en este capítulo. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el dentista de DeltaCare USA antes de que se presten los servicios. Si los servicios para un procedimiento de la lista son realizados por el dentista contratado asignado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que el dentista preste un servicio de especialista y que son referidos por el dentista contratado asignado, deben estar autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado para dichos servicios.</p> <p>Si un procedimiento no aparece en la siguiente lista, no está cubierto. Nota: Los servicios marcados con un asterisco (*) solo estarán cubiertos cuando se mencionen con otro servicio que no esté marcado con asterisco.</p> <p>El texto que aparece en cursiva a continuación tiene específicamente la finalidad de aclarar la adjudicación de beneficios conforme a los programas DeltaCare USA Dental HMO y no se debe interpretar como códigos de procedimientos, nomenclatura o descriptores 2024 de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) con derechos de autor de la Asociación Dental Americana (ADA). La ADA puede cambiar de forma periódica sus códigos o definiciones de CDT. Estas actualizaciones de códigos, descriptores y nomenclaturas pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo con las leyes federales.</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Diagnóstico (D0100-D0999)†	
D0120: Evaluación bucal periódica: paciente existente.	\$0
D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.	\$0
D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.	\$0
D0160: Evaluación bucal detallada y exhaustiva: enfocada en el problema, según informe	\$0
D0180: Evaluación periodontal integral, paciente existente o nuevo	\$0
D0210: Radiografías intrabucales: serie integral de imágenes radiográficas: limitadas a 1 serie cada 24 meses.	\$0
D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.	\$0
D0230: Radiografías intrabucales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.	\$0
D0240: Radiografía intrabucal: imagen radiográfica oclusiva.	\$0
D0250: Radiografía extrabucal: proyección de imagen radiográfica bidimensional creada mediante una fuente de radiación y un detector.	\$0
D0251: Imagen radiográfica extrabucal dental posterior.	\$0
D0270: Radiografía de mordida: imagen radiográfica única.	\$0
D0272: Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas.	\$0
D0274: Radiografías de mordida: cuatro imágenes radiográficas, limitadas a 1 serie cada 6 meses.	\$0
D0330: Imagen radiográfica panorámica.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D0350: Imagen fotográfica bidimensional bucal/facial obtenida extra o intrabucalmente para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones clínicas específicas que no puedan detectarse en las radiografías: 4 por fecha de servicio.	\$0
D0396: Impresión 3D de un escaneo 3D de superficie dental.	\$0
D0419: Evaluación del flujo salival por medida: 1 cada 12 meses.	\$0
D0502: Otros procedimientos patológicos bucales, por informe.	\$0
D0999: Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe incluye visita al consultorio, por visita (además de otros servicios).	\$0
Preventivos (D1000-D1999)	
D1110: Limpieza de profilaxis (adultos): 1 D1110 o D4346 por cada periodo de 6 meses.	\$0
D1206: Aplicación tópica de barniz con fluoruro: 1 D1206 o D1208 cada 6 meses.	\$0
D1208: Aplicación tópica de fluoruro, excluido el barniz: 1 D1206 o D1208 cada 6 meses.	\$0
D1354 Aplicación de medicamento para detener la caries, por diente: 1 por periodo de 6 meses	\$0
<p>Servicios de restauración (D2000-D2999)†</p> <p>Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado con ácido.</p> <p>Para el reemplazo de coronas, incrustaciones (inlays) y recubrimientos (onlays) se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años.</p>	
D2140: Amalgama: una superficie, primaria o permanente, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2150: Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2160: Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D2161: Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2330: Empaste a base de resina: una superficie, anterior, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2331: Empaste a base de resina: dos superficies, anteriores, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2332: Empaste a base de resina: tres superficies, anteriores, limitada a 1 cada 36 meses.	\$0
D2335: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies (anteriores), limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2390: Empaste a base de resina, corona, anterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2391: Empaste a base de resina: una superficie, posterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2392: Empaste a base de resina: dos superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2393: Empaste a base de resina: tres superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2394: Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2910: Recementar o volver a fijar incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), funda o restauración de cobertura parcial, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D2920: Recementar o readherir corona. El proveedor original es responsable de realizar todas las recementaciones dentro de los primeros 12 meses del reemplazo inicial de una corona prefabricada o procesada en laboratorio. Después del periodo inicial de 1 mes, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D2928: Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D2931: Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2932: Corona prefabricada de resina: diente primario anterior, limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2933: Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina: limitado a 1 cada 36 meses.	\$0
D2940: Restauración protectora, limitado a 1 cada 6 meses.	\$0
D2952: Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente (incluida la preparación del canal), uno por diente, independientemente de la cantidad de pernos colocados, y solo junto con coronas permitidas (prefabricadas o procesadas en laboratorio).	\$0
D2954: Perno y muñón prefabricados, además de la corona: perno de metal base, incluida la preparación del canal, uno por diente, independientemente de la cantidad de pernos colocados, y solo junto con coronas permitidas (prefabricadas o procesadas en laboratorio) en dientes permanentes tratados con endodoncias.	\$0
D2976: Estabilización con banda: por diente, limitada a una vez en la vida por cada diente	\$0
D2989: Excavación de un diente cuyo resultado es la determinación de no restaurabilidad	\$0
Endodoncia (D3000-D3999)†	
D3110: Recubrimiento de la pulpa: directo (no incluye la restauración final).	\$0
D3346: Tratamiento posterior de conducto radicular previo: anterior. No es un beneficio del proveedor original dentro de los 12 meses del tratamiento inicial.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Periodoncia (D4000-D4999)† Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local.</p> <p>D4341: Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro dientes o más por cuadrante, limitado a 1 por cuadrante en 24 meses.</p>	\$0
<p>D4342: Raspado periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante, limitado a 1 por cuadrante en 24 meses.</p>	\$0
<p>D4346: Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o importante generalizada, boca completa, después de evaluación oral, D1110 o D4346: 1 cada 6 meses.</p>	\$0
<p>D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación integral y un diagnóstico periodontal en una visita posterior, limitado a 1 tratamiento en un periodo de 12 meses consecutivos.</p>	\$0
<p>D4910: Mantenimiento periodontal: Beneficio solo para pacientes que residan en un centro de enfermería especializado o en un centro de atención intermedia, con una tartrectomía y alisado radicular previos (D4341 o D4342) y solo después de haber finalizado con todos las tartrectomías y los alisados radiculares necesarios. Limitado a 1 tratamiento en un periodo de 4 meses, solo durante el periodo de 24 meses siguientes a la última tartrectomía y alisado radicular.</p>	\$0
<p>Prostodoncia, removible (D5000-D5899)† El rebasado, el recapado y el acondicionamiento tisular se limitan a 1 por dentadura postiza en 12 meses consecutivos. Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años de edad. Nota: Para todas las dentaduras postizas enumeradas, el copago por cualquier prótesis removible, revestimiento, ajuste de tejido o reparación incluye todos los ajustes necesarios durante seis meses después de la fecha del servicio. El afiliado debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el consultorio del dentista contratado en el que se entregó la dentadura postiza originalmente.</p>	

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D5110: Dentadura postiza completa: maxilar.	\$0
D5120: Dentadura postiza completa: mandibular.	\$0
D5130: Dentadura postiza inmediata: maxilar.	\$0
D5140: Dentadura postiza inmediata: mandibular.	\$0
D5410: Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar, una por servicio, 2 cada 12 meses.	\$0
D5411: Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular, una por servicio, 2 cada 12 meses.	\$0
D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses	\$0
D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses	\$0
D5520: Reemplazo de dientes rotos o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente), hasta un máximo de 4 por arco, por servicio y por proveedor, limitado a dos por arco en un periodo de 12 meses.	\$0
D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, mandibular. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses	\$0
D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, maxilar. Una por arco por servicio, limitada a 2 cada 12 meses	\$0
D5730: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (consultorio), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5731: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (consultorio), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5750: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D5751: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio), limitado a 1 por dentadura cada 12 meses.	\$0
D5850: Acondicionamiento tisular, maxilar, limitado a 2 por dentadura postiza cada 36 meses.	\$0
D5851: Acondicionamiento tisular, mandibular, limitado a 2 por dentadura postiza cada 36 meses.	\$0
D5863: Sobredentadura: maxilar completa, limitado a 1 cada 5 años.	\$0
D5865: Sobredentadura: mandibular completa, limitado a 1 cada 5 años.	\$0
<p>Servicios de implantes (D6000-D6199)†</p> <p>Un beneficio que se aplica solo cuando las afecciones médicas son documentadas y revisadas para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico. Se requiere autorización previa. Consulte también las limitaciones o exclusiones. El proveedor original es responsable de hacer todas las recementaciones dentro de los primeros 12 meses del reemplazo inicial de un implante o de coronas sostenidas por pilar. Después, se limitarán a 1 cada 12 meses de una recementación previa del mismo proveedor.</p>	
D6092: Recementación o refijación de corona con soporte de implante/pilar.	\$0
D6093: Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar.	\$0
D6096: Extracción de tornillo de retención de implante roto.	\$0
D6100: Extirpación quirúrgica del cuerpo del implante.	\$0
D6105: Extracción del cuerpo del implante sin necesidad de extraer el hueso ni elevar el colgajo.	\$0
D6197: Sustitución del material reconstructivo utilizado para cerrar la abertura de acceso de una prótesis implantosoportada atornillada, por implante.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Prostodoncia, fija (D6200-D6999)†</p> <p>Cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija o puente. El reemplazo de una corona, un pónico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga más de 5 años de antigüedad.</p>	
<p>D6930: Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija.</p>	\$0
<p>D6999: Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe.</p>	\$0
<p>Cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999)†</p> <p>Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local.</p>	
<p>D7111: Extracción de remanentes coronales: diente de leche.</p>	\$0
<p>D7140: Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps).</p>	\$0
<p>D7210: Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción de hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiósteo si está indicado.</p>	\$0
<p>D7220: Extracción de diente traumatizado: tejido blando.</p>	\$0
<p>D7230: Extracción de diente traumatizado: parcialmente óseo.</p>	\$0
<p>D7240: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo.</p>	\$0
<p>D7241: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.</p>	\$0
<p>D7250: Extracción de restos radiculares (con incisión).</p>	\$0
<p>D7270: Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente: solo para dientes permanentes anteriores, una vez por arco.</p>	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D7284: Biopsia por escisión de glándulas salivales menores.	\$0
D7286: Biopsia de tejido bucal: blando, no incluye procedimientos de laboratorio de patología.	\$0
Servicios generales complementarios (D9000-D9999)†	
D9110: Tratamiento paliativo del dolor dental: por visita.	\$0
D9210: Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos.	\$0
D9211: Anestesia regional o bloqueo	\$0
D9212: Anestesia de bloqueo del trigémino.	\$0
D9215: Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos.	\$0
D9222: Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	\$0
D9223: Sedación profunda/anestesia general: cada incremento de 15 minutos.	\$0
D9230: Inhalación de óxido nitroso/anestesia; analgesia.	\$0
D9239: Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos.	\$0
D9243: Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), cada incremento posterior de 15 minutos.	\$0
D9248: Sedación moderada (consciente) no intravenosa. Limitada a 1 por servicio.	\$0
D9310: Consulta: servicio de diagnóstico por parte de un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento. Este procedimiento solo debe facturarse como procedimientos de diagnóstico D0120, D0140, D0150 o D0160.	\$0
D9311: Consulta con su profesional de atención médica.	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario regular programado), no se proporcionan otros servicios. 1 por servicio.	\$0
D9440: Visita al consultorio: después del horario regular programado. 1 por servicio y solo con el tratamiento cubierto.	\$0
D9910: Aplicación de medicamento para desensibilización, solo para dientes permanentes, limitado a 1 cada 12 meses.	\$0
D9930: Tratamiento de las complicaciones (postquirúrgicas), circunstancias inusuales, por informe. 1 por servicio.	\$0
D9986: Inasistencia a una cita, sin aviso en las 24 horas previas.	\$0
D9987: Cancelación a una cita, sin aviso en las 24 horas previas.	\$0
D9990: Traducción certificada o servicios de lengua de señas, por visita.	\$0
D9991: Manejo de casos dentales: cómo abordar el tema de las barreras para el cumplimiento de las citas.	\$0
D9992: Manejo de casos dentales: coordinación de la atención.	\$0
D9995: Teledentista: consulta sincronizada en tiempo real.	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D9996: Teledentista: consultas no sincronizadas. La información se almacena y se envía al dentista para que la revise. 	\$0
<p>Atención dental de emergencia*†</p> <p>Si necesita recibir atención dental de emergencia, debe comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA o al Servicio al cliente de Delta Dental al 1-877-644-1774, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, (los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental de emergencia cubierta que recibe de su dentista asignado de DeltaCare USA. 	\$0

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental de emergencia cubierta que reciba de un dentista que no sea el asignado de DeltaCare USA se limita a \$100 por emergencia, menos su costo compartido. Asimismo, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria requerida para estabilizar su condición y proporcionar alivio paliativo. Además, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted será responsable del costo total de la atención dental: <ul style="list-style-type: none"> • Hizo un intento razonable para comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA y no lo puede atender en un plazo de 24 horas o cree que su condición hace que no sea razonable o imposible viajar hasta el consultorio del dentista asignado de DeltaCare USA. Si usted es un miembro nuevo que aún no tiene un dentista asignado, debe comunicarse con el Servicio al cliente de Delta Dental para que lo ayuden a encontrar un dentista de DeltaCare USA. • Llamó a Servicio al Cliente de Delta Dental antes de recibir atención dental de emergencia o es razonable que reciba atención dental de emergencia sin llamar a Servicio al Cliente considerando su condición y las circunstancias. • Los reclamos por servicios dentales de emergencia cubiertos deben enviarse a Delta Dental en los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento, a menos que pueda comprobar que no fue razonablemente posible presentar el reclamo en ese plazo. En ese caso, el reclamo debe recibirse dentro del año de la fecha del tratamiento. Envíe su reclamo a: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023. 	<p>Debe pagar cualquier monto que supere el máximo de \$100.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero se encuentran disponibles mediante Original Medicaid o el pago por servicio de Medi-Cal.

E1. Transiciones a la Comunidad de California (California Community Transitions, CCT)

El programa de Transiciones a la Comunidad de California (CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en un centro de atención para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos a hacer la transición de vuelta a un entorno comunitario y permanecer seguros en este. El programa de CCT financia los servicios de coordinación de transición durante el periodo previo a la transición y durante los 365 días posteriores para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier Organización Líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de Organizaciones Líderes de CCT y los condados en los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención para la Salud:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no están no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición de CCT, pagamos los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios en la **Sección D**.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa de CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros**.

Nota: Si necesita atención de transición que nos sea de CCT, llame a su coordinador de atención para que organice los servicios. La atención de transición que no es de CCT es atención **no** relacionada con su transición de una institución o centro de atención.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

E2. Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales se encuentran disponibles a través del programa Medi-Cal Dental; este incluye, entre otros, servicios como los siguientes:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con fluoruro
- restauraciones y coronas
- tratamiento de endodoncia
- dentaduras postizas parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

Los servicios dentales se encuentran disponibles en el programa Medi-Cal Dental de Pago por Servicios. Para obtener más información, o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el programa Medi-Cal Dental, comuníquese con la línea de servicio al cliente al **1-800-322-6384** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-735-2922**). La llamada es gratuita. Los representantes del Programa de Servicios Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web <https://smilecalifornia.org/> para obtener más información.

Además del programa Medi-Cal Dental de Pago por Servicios, puede obtener beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Los planes de atención dental administrada están disponibles en el condado de Los Ángeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o quiere cambiar planes dentales, comuníquese con Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el Cuadro de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información.

E3. Cuidados paliativos

Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red.

Consulte el Cuadro de Beneficios en la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de cuidados para enfermos terminales.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Para servicios de cuidados para enfermos terminales y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados para enfermos terminales factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de cuidados para enfermos terminales relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que no se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare B. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan

- Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su Guía para miembros.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador de atención para que organice los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son cuidados que no se relacionan con su pronóstico terminal.

E4. Servicios de apoyo para el hogar (IHSS)

- El programa Servicios de apoyo para el hogar (IHSS) ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como centro de adultos mayores y personas con discapacidad o centros de pensión y atención.
- Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidados de los intestinos y la vejiga, bañarse, cuidado personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar los IHSS con la agencia de servicios sociales de su condado.
 - Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Los Ángeles al **1-866-613-3777 (TTY 711)**.
 - Agencia de Servicios Sociales del condado de Orange al **1-855-541-5411 (TTY 711)**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Riverside al **1-877-410-8827** (TTY **711**).
- Servicios para Adultos y Ancianos del condado de San Bernardino al **1-909-891-3900** (TTY **711**).
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de San Diego al **1-866-262-9881** (TTY **711**).

E5. 1915(c) Programas de Exención de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, ALW)

- La Exención de Vida Asistida (ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la admisión a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario y hogareño o evitar las hospitalizaciones de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de admisión en un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en ALW y fueron transferidos a la Atención Médica Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en ALW mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su Agencia de Coordinación de la Atención de ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa ALW.

Exención de los HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del Programa de Autodeterminación de California (Self-Determination Program, SDP) para personas con discapacidades del desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la Exención HCBS-DD y la Exención SDP, que brindan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una incapacidad del desarrollo que comienza antes de los 18 años y se espera que continúe de manera indefinida. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con incapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarlo a conectarse con los servicios de Exención por discapacidades del desarrollo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Exención de la Alternativa Basada en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- La Exención HCBA brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de ser admitidos en centros de adultos mayores y personas con discapacidad o instituciones. Un Equipo de Administración de la Atención interdisciplinario compuesto por un enfermero y un trabajador social proporciona los servicios de administración de la atención. El equipo coordina los servicios de Exención y del Plan Estatal (como servicios médicos, de salud conductual, de apoyo para el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y Exención se brindan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilino o la residencia de un miembro de la familia de un participante.
- Los miembros que están inscritos en la Exención HCBA y fueron transferidos a la Atención Médica Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la Exención HCBA mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa ALW.

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que padecen VIH como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o a la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante que consiste en un enfermero registrado y un administrador de caso de trabajo social. Los administradores de caso trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios con el fin de evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son los siguientes: (1) proporcionar servicios en el hogar y en la comunidad para personas con VIH que de otro modo podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el control de la salud del VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud conductual y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Los miembros que están inscritos en la Exención MCWP y fueron transferidos a la Atención Médica Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la Exención MCWP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de MCWP para coordinar los servicios que recibe.
 - Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa MCWP.

Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (MSSP)

- El Programa Multipropósito de Servicios para Personas de la Tercera Edad (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) brinda servicios de administración de la atención médica y social para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de apoyo para el hogar, el MSSP brinda coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para prevenir o retrasar la admisión en instituciones. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de servicios sociales y de salud brinda a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Después, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen los siguientes:
 - Administración de cuidados.
 - Cuidado diurno para adultos.
 - Reparación/mantenimiento menor del hogar.
 - Servicios suplementarios de tareas en el hogar, cuidado personal y supervisión de protección.
 - Servicios de relevo.
 - Servicios de transporte.
 - Servicios de asesoramiento y terapéuticos.
 - Servicios de comidas.
 - Servicios de comunicación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Los miembros que están inscritos en la Exención MSSP y fueron transferidos a la Atención Médica Administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la Exención MSSP mientras reciben los beneficios proporcionados por nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarlo a solicitar el programa MSSP.

E6. Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”)

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura de los servicios de evaluación de la LEA, como se especifica en la Sección 51360(b) del Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR) cuando se proporcionan a un miembro que califica para los servicios de la LEA según la Sección 51190.1 del Título 22 del CCR.

E7. Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura de los servicios de la LEA provistos de conformidad con un Plan de Educación Individualizado (Individualized Education Plan, IEP), como se establece en el Código de Educación, Sección 56340 y subsecuentes, o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP), como se establece en la Sección 95020 del Código de Gobierno, o servicios de la LEA provistos bajo un Plan de Salud y Apoyo Individualizado (Individualized Health and Support Plan, IHSP), como se describe en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.

E8. Servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica

La cobertura para los servicios de laboratorio proporcionados en virtud del programa estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica es a través de Medi-Cal por FFS.

E9. Oración o curación espiritual

Los servicios de oración o sanción espiritual, como se especifican en la Sección 51312 del Título 22 del CCR, se encuentran disponibles a través de Medi-Cal por FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

En esta sección se informan los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco lo hacen.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para miembros**) excepto en las condiciones específicas enumeradas. Incluso si recibe los servicios en un centro de atención de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni necesarios desde el punto de vista médico”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos. Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. Podrían tener la cobertura de Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario desde el punto de vista médico.
- Servicios de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación del hospital o del centro de enfermería.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Costos generados por parientes directos o miembros de su hogar.
- Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, la pérdida o el crecimiento del cabello, el desempeño sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el desempeño mental), excepto cuando sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, excepto los que se describen en “Servicios de podología” dentro de la Cuadro de Beneficios que se encuentra en la Sección D.
- Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo, a menos que formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico o si son para una persona con pie diabético.
- Cirugías para corregir la vista (por ejemplo, la cirugía LASIK).
- Reversión de procedimientos de esterilización. Tenga en cuenta que los productos anticonceptivos sin receta están cubiertos por Medi-Cal Rx.
- Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de la VA son mayores que los de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de pagar los montos de sus costos compartidos.
- Algunos exámenes y servicios:
 - para obtener o mantener un trabajo;
 - para recibir un seguro;
 - para obtener cualquier tipo de licencia;
 - por orden judicial o para libertad condicional o periodo de prueba.
 - Esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Artículos de comodidad o conveniencia. La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos ni funciones para la comodidad, conveniencia o lujo. Entre ellos se incluyen artículos que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un miembro, un familiar del miembro o del proveedor de atención médica del miembro. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche regulares que se proporcionan a las mujeres después de un embarazo. Esta exclusión no se aplica a los artículos que se hayan aprobado para usted en los Apoyos Comunitarios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Servicios o procedimientos cosméticos. Esta exclusión no se aplica a los siguientes casos:
 - Implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta.
 - Prótesis de senos que se necesitan después de una mastectomía o tumorectomía.
 - Prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa de la cara.
- Suministros desechables. La cobertura de Medi-Cal no abarca los siguientes suministros desechables para el uso domiciliario como vendas, gasa, cinta, antisépticos, vendajes ni vendajes elásticos. Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables provistos como parte de los siguientes beneficios descritos en el **Capítulo 4** (“Beneficios y servicios”) de esta **Guía para miembros**:
 - Tratamiento de diálisis/hemodiálisis.
 - Equipos médicos duraderos.
 - Atención médica a domicilio.
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Aparatos, equipos y suministros médicos.
 - Medicamentos recetados.
 - Dispositivos protésicos y suministros relacionados.
- Servicios de fertilidad:
 - Servicios para revertir la infertilidad voluntaria mediante cirugía y los servicios de preservación de la fertilidad.
 - Concepción por medios artificiales, como fertilización in vitro, transferencias intratubáricas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intratubáricas de gametos (excepto la inseminación artificial y los servicios relacionados cubiertos por Medicare).
- Artículos y servicios que no son de atención médica a menos que estén aprobados por su cobertura de Medi-Cal como parte del programa ILOS o que sean Equipo Médico Duradero. Por ejemplo, no cubrimos lo siguiente:
 - Enseñanza de modales y etiqueta.
 - Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y de proyectos o tareas.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades, como gramática, matemáticas y administración del tiempo.
- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia.
- Exámenes educativos.
- Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que esta exclusión de “enseñanza” no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura en “Tratamiento de salud del comportamiento” en el Capítulo 4.
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales.
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Modificaciones realizadas a su hogar o automóvil, a menos que se trate de cambios temporarios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico o que se hayan aprobado para usted dentro de los apoyos comunitarios.
- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios:
 - Atención médica a domicilio.
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Servicios de rehabilitación y habilitación.
 - Servicios de centros de enfermería especializada.
- Terapia de masajes. Esta exclusión no abarca a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y están cubiertos como parte de los siguientes beneficios:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Atención médica a domicilio.
- Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
- Servicios de rehabilitación y habilitación.
- Servicios de centros de enfermería especializada.
- Servicios de cuidado personal (atención de custodia), como la ayuda con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse y tomar medicamentos). Esta exclusión no se aplica a la asistencia para actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en las siguientes secciones:
 - Cuidados paliativos y del enfermo terminal.
 - Servicios y apoyo de atención a largo plazo.
 - Centros de atención de enfermería especializada/de atención para afecciones subagudas o intermedias.
 - Apoyos Comunitarios.
- Servicios sin aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos. No cubrimos medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos ni cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en los EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones:
 - Servicios cubiertos por los ensayos clínicos.
 - Servicios provistos como servicios en investigación cubiertos.
- Servicios brindados por personas no tituladas. Por lo general, la cobertura no abarca servicios brindados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención médica, y en los casos en que la afección del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado. Esta exclusión no abarca las siguientes situaciones:
 - Servicios cubiertos en el Capítulo 4 de esta Guía para miembros.
 - Apoyos Comunitarios cubiertos y aprobados para usted.
 - Servicios de partera cubiertos.
 - Servicios cubiertos de un trabajador sanitario de la comunidad.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Servicios relacionados con servicios no cubiertos. Cuando un servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los servicios relacionados con dicho servicio no cubierto. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones que resultan de los servicios no cubiertos, si esas complicaciones estuvieran cubiertas de algún modo. Por ejemplo, si tiene una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que reciba para prepararse para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si después sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios estén cubiertos de acuerdo con esta Guía para miembros.
- Administración de casos de intoxicación por plomo en la niñez proporcionada por los departamentos de salud del condado. Comuníquese con su condado para obtener más información acerca de los servicios de administración de casos de intoxicación por plomo.

Exclusiones de DeltaCare USA

Si los servicios para un procedimiento de la lista son realizados por el dentista contratado asignado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que el dentista preste un servicio de especialista y que son referidos por el dentista contratado asignado, deben estar autorizados por Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado para dichos servicios.

Los siguientes servicios y artículos no están cubiertos en el beneficio dental de DeltaCare USA:

- Cualquier procedimiento que no esté incluido de manera específica en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo.
- Todos los costos relacionados con la admisión, el uso o las hospitalizaciones, un centro de cirugía para pacientes externos, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- Pérdida o robo de dentaduras postizas totales, mantenedores de espacio y coronas.
- Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental que empezó después de la cancelación de elegibilidad para cobertura.
- Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que se realice antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa dental prepagado. Una emergencia médica ocurre cuando, por ejemplo: dientes preparados para coronas, dentaduras postizas completas y parciales, endodoncias en curso.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Malformaciones congénitas (p. ej., falta de dientes por razones congénitas, dientes supernumerarios, displasias de dentina y esmalte, etc.) a menos que se incluyan en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo.
- Dispensación de medicamentos que normalmente no se suministran en un centro de atención dental, a menos que estén incluidos en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo.
- Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista contratado, el especialista contratado o el consultor del plan dental:
 - no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o de los dientes, o de las estructuras cercanas, o
 - no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas.
- Servicios dentales proporcionados por cualquier centro de atención dental que no sea el dentista contratado asignado, incluidos los servicios de un especialista dental, a menos que se autorice expresamente por escrito o según lo citado en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” de “Atención dental de emergencia” de este capítulo. Para obtener una autorización por escrito, el afiliado debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente al **1-877-644-1774**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. EST, (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Restauraciones realizadas únicamente por motivos estéticos, abrasiones, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformación congénita o de desarrollo de los dientes.
- Los procedimientos preventivos, endodónticos o de restauración no son una ventaja para los dientes que se van a retener para las sobredentaduras.
- Aparatos o restauraciones necesarios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de estructura dental debido al desgaste, realineación de dientes, ferulización periodontal, registros gnatológicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ), a menos que se incluyan en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Un plan de tratamiento inicial que implica la extirpación y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con coronas, recubrimientos, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) o cualquier combinación de estas se considera una reconstrucción completa de la boca en el programa dental prepagado. Las coronas asociadas con dicho plan de tratamiento no son beneficios cubiertos. Esta exclusión no elimina el beneficio de otros servicios cubiertos.
- Metal precioso para aparatos dentales removibles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Extracción de dientes cuando los dientes son asintomáticos/no tienen patologías (no hay signos ni síntomas de patología o infección), incluida por ejemplo la extracción de los terceros molares.
- Modalidades de tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular que implican prostodoncia, ortodoncia y rehabilitación oclusal completa o parcial, o procedimientos para trastornos de la articulación temporomandibular realizados exclusivamente para el tratamiento del bruxismo.
- Procedimientos de vestibuloplastia/extensión de la cresta realizados el mismo día de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.
- Sedación profunda/anestesia general para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, anestesia, inhalación de óxido nitroso o para analgesia/sedación consciente intravenosa.
- Analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación profunda/anestesia general.
- Inhalación de óxido nitroso cuando se administra con otros procedimientos de sedación cubiertos.
- El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista autorizado. No se cubre la ortodoncia autoadministrada.
- La extracción de dispositivos de ortodoncia fija por motivos que no sean completar un tratamiento no es un beneficio cubierto.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Limitaciones de DeltaCare USA

Los siguientes servicios y artículos están limitados según su beneficio dental de DeltaCare USA:

- La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se enumeran en “Atención dental adicional (Programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo.
- Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reparar un empaste perdido.
- Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para permitir un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o no es restaurable y se cumple el límite de más de 5 años.
- El reemplazo de una corona existente o una dentadura postiza completa removible es un beneficio cubierto cuando
 - la restauración existente/dentadura postiza ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste, y
 - la restauración existente/dentadura postiza se colocó cinco o más años antes del reemplazo.
- Las dentaduras postizas parciales provisionales (placas de retención) en conjunto con aparatos fijos o extraíbles, están limitadas al reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de curación cuando no puede añadirse el diente a una dentadura postiza parcial existente.
- Los beneficios de un programa de tratamiento de tejidos blandos se limitan a esas partes, que se enumeran en la lista de servicios cubiertos en “Atención dental adicional (programa dental de la HMO de DeltaCare® de EE. UU.)” en este capítulo. Si un afiliado rechaza los servicios sin cobertura de un programa de tratamiento de tejidos blandos, esto no elimina ni altera ningún otro beneficio cubierto.
- Una dentadura postiza inmediata nueva extraíble completa o cubierta incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento de los tejidos sin costo adicional durante los primeros seis meses después de la colocación si la persona inscrita sigue siendo elegible y el servicio se proporciona en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Los beneficios se limitan a una serie de imágenes radiográficas integrales intraorales (D0210) o una imagen radiográfica panorámica (D0330) cada año calendario.
- Las imágenes intraorales integrales pueden incluir cualquier combinación de radiografías periapicales o de mordida.
- Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral integral.
- Las radiografías de mordida de cualquier tipo no se permiten en un plazo de 6 meses posteriores a una serie intraoral integral, a menos que las justifiquen circunstancias especiales.
- Las dentaduras postizas inmediatas están cubiertas cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:
 - caries generalizada o en una gran extensión según las radiografías, o
 - implicación periodontal grave indicada, o
 - numerosos dientes que faltan, lo cual reduce la capacidad de masticar y afecta negativamente la salud del afiliado.
- Los servicios de implante son un beneficio solo cuando las afecciones médicas excepcionales son documentadas y revisadas para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico y se obtiene una autorización previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:
 - Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía de ablación y/o radiación que produce la destrucción del hueso alveolar, de modo que las estructuras óseas restantes no sean compatibles con prótesis dentales convencionales.
 - Atrofia grave de la mandíbula y/o del maxilar superior que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y las prótesis convencionales no funcionan para el afiliado.
 - Deformidades esqueléticas que excluyen el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
- Ciertos procedimientos indicados realizados por un especialista pueden considerarse primarios en la cobertura médica del afiliado. Los beneficios dentales se coordinarán de acuerdo a esto.
- La sedación profunda/anestesia general o analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física o mental o una contraindicación al agente anestésico local.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- La administración de la sedación profunda/anestesia general (D9223), del óxido nitroso (D9230), de la analgesia/sedación consciente intravenosa (D9243) y del medicamento parenteral terapéutico (D9610) es un beneficio en conjunto con procedimientos asociados pagaderos. Se denegará la autorización previa o el pago si se deniegan todos los procedimientos asociados realizados por el mismo proveedor. Solo se podrá pagar un procedimiento de anestesia por servicio sin importar los métodos de administración y los medicamentos que se utilicen.
- La administración de sedación consciente no intravenosa (D9248) requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física, de comportamiento, de desarrollo o mental que impida que el paciente responda a los intentos del proveedor para realizar un tratamiento. No se considera un beneficio en la misma fecha del servicio de la anestesia general/sedación profunda (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230), sedación consciente/analgesia intravenosa (D9243) o cuando todos los procedimientos asociados en la misma fecha del servicio por el mismo proveedor sean rechazados.
- El tratamiento de las complicaciones (posquirúrgicas) en circunstancias inusuales, por informe (D9930), es un beneficio para el tratamiento de alvéolos secos o por sangrado excesivo dentro de los 30 días de una extracción o para la extirpación de un fragmento óseo dentro de los 30 días de una extracción.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le ordena y que usted obtiene en una farmacia o mediante pedidos por correo. Entre ellos se incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros** le informa lo que debe pagar usted por esos medicamentos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se tratan en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A. Por lo general, son los medicamentos que se le administran mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B. Entre ellos, algunos medicamentos de quimioterapia, medicamentos inyectables que se le administran durante la visita al consultorio de un médico u otro proveedor y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Parte B están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- Además de la cobertura de beneficios médicos y de Medicare Parte D del plan, Original Medicare podría cubrir sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F** "Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare".

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Generalmente, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe emitir la receta, que debe ser válida según la ley estatal correspondiente. Esta persona a menudo es su proveedor de atención médica primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo refirió para obtener atención.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

2. El profesional que emite la receta **no** debe integrar las listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.
3. Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta
4. Su medicamento de venta con receta debe encontrarse en la **Lista de medicamentos cubiertos**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar.
 - Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que podamos cubrirlo mediante una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo pedir una excepción.
 - También tenga en cuenta que la solicitud de cobertura del medicamento recetado será evaluada de acuerdo con las normas de Medicare y Medi-Cal.
5. El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el uso del medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está respaldado por determinados libros de referencia médica. El médico quizás pueda ayudarlo a encontrar las referencias médicas que respalden el uso del medicamento recetado.

Capítulo 5 Índice

A. Surtido de sus recetas médicas	171
A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red	171
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta	171
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	171
A4. Qué hacer si su farmacia ya no forma parte de la red	172
A5. Cómo usar una farmacia especializada	172
A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	173
Cómo surtir recetas por correo	173
Procesos de los pedidos por correo.....	174

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	174
A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan.....	175
A9. Reembolso por medicamentos recetados.....	176
B. Lista de Medicamentos de nuestro plan	176
B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos	176
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos	177
B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos	178
C. Límites para algunos medicamentos	179
D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto	181
D1. Cómo obtener un suministro temporal	181
D2. Cómo solicitar un suministro temporal	183
D3. Cómo pedir una excepción	183
E. Cambios de cobertura de sus medicamentos	184
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	186
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan	186
F2. En un centro de atención a largo plazo	187
F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare.....	187
G. Programa sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....	188
G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura.....	188
G2. Programas que lo ayudan a administrar sus medicamentos	188
G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de opiáceos	189

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A. Surtido de sus recetas médicas

A1. Surtido de recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de las farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

Para surtir un medicamento recetado, **presente su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo del medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja la receta.

Recuerde: necesita la tarjeta de Medi-Cal o la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) para poder acceder a los medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal.

Si no lleva la tarjeta de identificación de miembro o la BIC cuando surte su receta médica, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información requerida.

Si la farmacia no puede obtener la información que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Después, podrá solicitarnos que le devolvamos la parte del costo que nos corresponde pagar.

Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio a los Miembros de inmediato. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

- Para pedirnos que le reembolsemos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio a los Miembros.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si necesita cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A4. Qué hacer si su farmacia ya no forma parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza ya no forma parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

En algunas ocasiones, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia de dicho centro de atención.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no forma parte de nuestra red o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio a los Miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para la población Indígena/Programa de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. (Nota: Esta situación no es frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A6. Cómo usar los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan están catalogados como medicamentos pedidos por correo en la Lista de Medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite su farmacia local de la red o nuestro sitio web en **kp.org/refill**. Puede, de manera conveniente, ordenar que le resurtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en **kp.org/refill**.
- Llame al **1-866-206-2983 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. o al número que aparece resaltado en la etiqueta de su medicamento recetado y siga las indicaciones. Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.
- Envíe por correo su solicitud de resurtido de medicamentos o renovación de recetas en un formulario de orden por correo disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

Si solicita el resurtido por correo en línea, por teléfono o por escrito, debe pagar el costo compartido al realizar el pedido (en el caso del servicio normal de pedido por el Servicio Postal de Estados Unidos [USPS] no hay cargos de envío). Si así lo prefiere, puede elegir una farmacia de la red donde desea recoger y pagar sus medicamentos. Comuníquese con una farmacia de la red para saber si su receta médica se puede surtir por correo o consulte nuestra Lista de Medicamentos para obtener información sobre el tipo de medicamentos que pueden enviarse por correo.

Por lo general, los pedidos por correo de medicamentos recetados llegan en un plazo de 5 días. Si la entrega por correo se demora, llame al número mencionado arriba o incluido en la etiqueta del frasco del medicamento recetado para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a que llegue su medicamento recetado de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro urgente llamando a la farmacia minorista de su red local que figura en su **Directorio de Proveedores y Farmacias** o en **kp.org/directory**. Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 100 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Procesos de los pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos recetados pedidos por correo.

1. Recetas nuevas que la farmacia obtiene del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante.

- Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma farmacéutica) y, de ser necesario, le permite detener o atrasar el pedido antes de que lo facturen y envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarles qué hacer con la nueva receta y para evitar demoras en el envío.

2. Resurtido por correo de medicamentos recetados

- Para resurtir, póngase en contacto con su farmacia 5 días antes de que se agoten sus medicamentos recetados actuales para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Infórmele a la farmacia sus medios preferidos de contacto para que puedan contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo. Cuando haga su pedido, proporcione su información de contacto actual por si necesitamos comunicarnos con usted.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo.

Algunas farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el

Directorio de Proveedores y Farmacias, puede consultar cuáles farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan

En general, pagamos los medicamentos que se surten en farmacias fuera de la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red.

Pagamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia que no pertenece a la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia que no pertenece a la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a la red. Nota: Los medicamentos que se recetan y se surten fuera de los Estados Unidos y sus territorios, como parte de servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia, tienen cobertura para un suministro hasta de 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no cuentan para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta.
- Si trata de surtir la receta de un medicamento cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o a través del servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

En estos casos, consulte primero con Servicio a los Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A9. Reembolso por medicamentos recetados

En general, si usted utiliza una farmacia fuera de la red, debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtiene su medicamento recetado. Puede pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

Si paga el costo total por su medicamento recetado que podría estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. O bien puede pedirle a Medi-Cal Rx que le reembolse presentando un reclamo “Reembolso de Gastos de Bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también le indica las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando surta sus recetas mediante Medi-Cal Rx.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y medicamentos biosimilares.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece al fabricante. Los medicamentos de marca son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos con base en proteínas) se denominan productos biológicos. En nuestra Lista de Medicamentos, “medicamento” puede hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos y, generalmente, cuestan menos. Hay sustitutos o alternativas biosimilares de medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o de marca satisfará sus necesidades.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que toma está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, puede realizar lo siguiente:

- Revisar la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en nuestro sitio web.
- Visite el sitio web de nuestro plan en **kp.org/seniorrx**. La Lista de Medicamentos publicada en nuestro sitio web siempre es la vigente.
- Llamar a Servicio a los Miembros para averiguar si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no tienen cobertura de la Parte D pueden tener cobertura de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) para obtener más información.
- Utilice nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en **kp.org/seniorrx** o llame a Servicio a los Miembros. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

B3. Medicamentos no incluidos en la Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están incluidos en nuestra Lista de Medicamentos porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre apelaciones.

A continuación se presentan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

- La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de Medicare Parte D) no puede pagar un medicamento que Medicare Parte A o Medicare Parte B ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso de medicamentos fuera de indicación”. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para uso fuera de indicación.
- En Medi-Cal, la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos con Medi-Cal Rx como un servicio a través de Pago por Servicio de Medi-Cal. Para tener cobertura de Medi-Cal Rx, el artículo debe estar incluido en la Lista de Medicamentos por Contrato (Contract Drug List, CDL) o debe estar aprobado previamente para usted por Medi-Cal Rx. Su proveedor puede informarle si un medicamento está incluido en la CDL de Medi-Cal Rx.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no puede cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación:

- Medicamentos para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado común.*
- Medicamentos para propósitos estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro*.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.*
- Medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por una compañía que dice que usted debe someterse a pruebas o servicios realizados solo por ella.

*Los productos seleccionados pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

C. Límites para algunos medicamentos

Se aplican reglas especiales que limitan cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece para ciertos medicamentos recetados. Por lo general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sea seguro y eficaz para tratar su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que lo cubramos.

Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensa que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos. Si hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionan el genérico.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la cual el medicamento genérico u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, cubriremos el costo del medicamento de marca.
- Es posible que el copago sea mayor en el caso de los medicamentos de marca o los productos biológicos originales que en el de los medicamentos genéricos o biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan con antelación

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta médica. Es posible que no cubramos el medicamento si no obtiene la autorización.

3. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, podemos limitar qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que surta su receta médica.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio a los Miembros o consulte nuestro sitio web **kp.org/seniorrx**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas o límites especiales en la cobertura. Como se explica en la **Sección C**, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el profesional que expide recetas desee solicitarnos una excepción.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo cubramos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos;
 - nunca estuvo incluido en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - ahora está limitado de alguna manera.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

2. Debe encontrarse en una de estas situaciones:

- Fue parte de nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días.
 - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos para proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
 - Este suministro temporal tiene una duración de hasta 30 días.
 - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos para proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días. Este suministro es adicional al suministro provisional que se mencionó arriba.
 - Si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo y pasa a un centro u hogar de atención diferente, a esto se le conoce como un cambio en el nivel de atención. Cuando hay un cambio en el nivel de atención, es posible que necesite un suministro adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro hasta de un mes de sus medicamentos de la Parte D durante este periodo de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio a los Miembros.

Cuando recibe el suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor tan pronto como sea posible para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio a los Miembros y solicite una lista de los medicamentos que cubrimos y se usan como tratamiento para la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

O

- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para que se le realice una excepción, puede ayudarlo a solicitarla.

D3. Cómo pedir una excepción

Si un medicamento que toma se eliminará de nuestra Lista de Medicamentos o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como le gustaría.
- Respondemos a su solicitud de una excepción en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).

Para obtener más información sobre cómo pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

E. Cambios de cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, es posible que:

- decidamos exigir o no la aprobación previa (prior approval, PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento);
- agreguemos o cambiemos la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad);
- agreguemos o cambiemos las restricciones de la terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos en el **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, salvo que:

- salga al mercado un medicamento nuevo más barato que funciona tan bien como un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos ahora, o
- nos informan que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retira del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra Lista de Medicamentos, siempre puede:

- revisar en línea nuestra Lista de Medicamentos vigente en kp.org/seniorrx o
- llamar a Servicio a los Miembros para comprobar cuál es la Lista de Medicamentos vigente.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Algunos de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos ocurren **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sale a la venta un nuevo medicamento genérico.** A veces, sale a la venta en el mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como un medicamento de marca que ya está en nuestra Lista de Medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiando sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos, una vez que suceda.
 - Tanto usted como su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la FDA dice que un medicamento que está tomando no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, nosotros lo eliminaremos de nuestra Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. El profesional que receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su afección médica.

Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que toma.

Le informaremos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Los cambios pueden ocurrir si ocurre lo siguiente:

- la FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento;
- agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, **y**
 - reemplazamos un medicamento de *marca* que ya está en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - cambian las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Cuando ocurren estos cambios, nosotros haremos lo siguiente:

- le informaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en nuestra Lista de Medicamentos, o
- le avisaremos y le daremos un suministro del medicamento suficiente para 30 días, después de que haya solicitado que se vuelva a surtir.

Así tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional que expida recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- si hay un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que pueda tomar en su lugar, o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo pedir excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma y puede que no le afecten en este momento. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos en el **comienzo** del año, por lo general no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

- Por ejemplo, si, para limitar su uso, eliminamos un medicamento que está tomando, entonces el cambio no afectará su consumo del medicamento durante el resto del año.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada durante una internación cubierta por nuestro plan

Si es ingresado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubierto por nuestro plan, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante su hospitalización. No pagará un copago. Cuando reciba el alta del hospital o del centro de enfermería especializada cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

F2. En un centro de atención a largo plazo

En general, los centros de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería, tienen su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos de todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados en la farmacia del centro de atención, siempre y cuando pertenezca a nuestra red.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacia** para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.

F3. En un programa de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare

Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesite un analgésico, antiemético, laxante o ansiolítico que su centro no cubre porque no está relacionado con su pronóstico ni con sus afecciones terminales. En ese caso, y para que podamos cubrirlo, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide recetas o del proveedor de cuidados paliativos respecto de que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor de cuidados paliativos o a quien expide recetas que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.

Si abandona el centro para enfermos terminales, nuestro plan cubrirá todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que abandonó el centro para enfermos terminales.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan cuáles medicamentos cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre el beneficio del centro para enfermos terminales.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

G. Programa sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a usar los medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, buscaremos posibles problemas, como errores de medicamentos o aquellos que:

- quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento que tiene el mismo efecto;
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo;
- podrían perjudicarlo si los toma juntos;
- tienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico;
- contienen cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos.

Si detectamos un posible problema en cómo consume sus medicamentos recetados, trabajaremos junto a su proveedor para corregir ese problema.

G2. Programas que lo ayudan a administrar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión integral de todos sus medicamentos y hablarán con usted acerca de:

- cómo obtener más beneficios de los medicamentos que toma;
- cualquier duda que tenga, como los costos o la reacciones a los medicamentos;
- cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos;
- cualquier pregunta o problema que tenga con respecto a sus medicamentos recetados o de venta libre.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Después, le proporcionarán lo siguiente:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para sacarles provecho.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los que toma, cuántos toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda consultar al médico acerca su plan de acción y lista de medicamentos.

- Lleve con usted el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese a Servicio a los Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de opiáceos

Nuestro plan tiene un programa que ayuda a los miembros a consumir de forma segura sus medicamentos opiáceos recetados u otros medicamentos que consume en exceso frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si consume medicamentos opiáceos que obtiene de distintos médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, podemos hablar con sus médicos para garantizar que consuma adecuadamente los medicamentos y que sean necesarios desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- exigirle que obtenga todas las recetas para esos medicamentos en determinadas farmacias o de determinados médicos;
- poner un límite a la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted.

Si consideramos que le corresponden una o más de las limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá una oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y brindarnos toda información que considere importante que sepamos.

Si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que está en riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que emite sus recetas pueden presentar una apelación. Si elige presentar una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**).

Es posible que el DMP no le corresponda si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- está recibiendo cuidados, paliativos, o para enfermos terminales, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 6: Cuánto paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal.

Introducción

Este capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” queremos decir:

- medicamentos recetados de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, y
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan, como beneficios adicionales.
- Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de Medicare Parte D. Le enviaremos un anexo llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben Beneficio Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados**” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido este anexo, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”.

Beneficio Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a reducir los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare Parte D, tales como las primas, los deducibles y los copagos. El beneficio adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Otros términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Para obtener más información sobre medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. En ella se indica:
 - qué medicamentos pagamos;

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

– si hay algún límite en los medicamentos.

- Si necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web **kp.org/seniorrx**.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por nuestro plan. Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, como algunos de venta libre y determinadas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (**medi-calrx.dhcs.ca.gov**) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados mediante Medi-Cal Rx.
- Capítulo 5 de esta Guía para miembros
 - Le informa cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe cumplir. También le informa qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 6 Índice

A. La Explicación de beneficios (EOB).....	194
B. Cómo llevar un registro del costo de los medicamentos	195
C. Etapas de Pago de Medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D.....	197
D. Etapa 1: Etapa Inicial de Cobertura	197
D1. Opciones de farmacia	198
D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	198
D3. Lo que paga usted	198
D4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial	199
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica	200
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro que no sea suficiente para un mes	200
G. Asistencia con el costo compartido de las recetas médicas para las personas con VIH o SIDA.....	201
G1. El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	201
G2. Si no está inscrito en ADAP	201
G3. Si está inscrito en ADAP.....	201
H. Vacunación	201
H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	202
H2. Cuánto paga usted por una vacuna que está cubierta por Medicare Parte D	202

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. La Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan mantiene un seguimiento de sus medicamentos recetados. Mantenemos el seguimiento de dos clases de costos:

- Los **gastos de bolsillo**. Es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados.
- El **costo total de medicamentos**. Es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados, más la cantidad que pagamos nosotros.

Cuando recibe medicamentos recetados mediante nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios**. Si usted ha surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una **Explicación de Beneficios**. Para abreviar, la llamamos la EOB. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información sobre el mes**. El resumen le indica qué medicamentos recetados recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información del precio del medicamento** Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con el profesional que expide las recetas para obtener más información.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos que se hagan por estos medicamentos no contarán en el total de los gastos de bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene en la farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al centro de servicio al cliente de Medi-Cal al **1-800-977-2273**. Traiga consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados mediante Medi-Cal Rx.
- Para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

B. Cómo llevar un registro del costo de los medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted ha hecho, usamos registros que obtenemos de usted mismo y de las farmacias. Puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro.

Presente su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta médica. Eso nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos recetados que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar del medicamento.

Estas son algunas situaciones en las que debe darnos copias de los recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.

Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las entidades de beneficencia cuentan para los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la cobertura para catástrofes. Cuando llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D el resto del año.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba por correo postal una EOB, compruebe que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas.
¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

Para obtener más información, puede llamar a Servicio a los Miembros.

¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, por favor llame a Servicio a los Miembros.

¿Qué sucede ante un posible fraude?

Si este resumen le muestra medicamentos que usted no toma o si hay algo que le parezca sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio a los Miembros.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial **1-800-822-6222**. Se pueden encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que hay un error, falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros. También puede elegir consultar su **EOB** en línea en vez de por correo postal. Visite **kp.org/goinggreen** e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **EOB** en línea de forma segura. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

C. Etapas de Pago de Medicamentos para medicamentos de Medicare Parte D

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D en nuestro plan. El importe que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. Las dos etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura para Catástrofes
<p>Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago.</p> <p>Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año.</p>	<p>Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.</p> <p>Comienza esta etapa cuando haya pagado una cantidad determinada de gastos de bolsillo.</p>

D. Etapa 1: Etapa Inicial de Cobertura

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y dónde lo compre.

Los niveles de costos compartidos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan pertenecen a uno de los dos niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido para sus medicamentos, consulte nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



- Los medicamentos de los niveles 1 y 2 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos. El copago es de **\$0 a \$4.50**, según sus ingresos.
- Los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 tienen el copago más alto. Son medicamentos de marca o especializados. El copago es de **\$0 a \$11.20**, según sus ingresos.

D1. Opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de si lo compró en:

- una farmacia de la red, **o**
- una farmacia fuera de la red.

En contados concretos, cubrimos medicamentos recetados que se surtan en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para saber en qué casos lo hacemos.

Para conocer más acerca de estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) al surtir la receta médica. Un suministro a largo plazo es aquel que lo abastezca por hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para conocer más detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** o el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de nuestro plan.

D3. Lo que paga usted

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar de cuánto es su coseguro por cualquier medicamento cubierto.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado que está cubierto, desde:

	Una farmacia de la red o el servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de la red en un centro de atención a largo plazo	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de hasta 100 días	Un suministro de hasta 31 días	Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros para conocer más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$0 a \$4.50 por receta médica , según su nivel de Beneficio Adicional		
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca y especializados)	\$0 a \$11.20 por receta médica , según su nivel de Beneficio Adicional		

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

D4. Final de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando el total de sus gastos de bolsillo alcanza **\$8,000**. En ese momento, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

La EOB lo ayuda a hacer un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le avisaremos si llega al límite de **\$8,000**. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$8,000** por sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Permanecerá en la Etapa de Cobertura para Catástrofes hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, nuestro plan paga todo el costo de sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro que no sea suficiente para un mes

Por lo general, usted debe pagar un copago para cubrir el suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamento que alcance para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no pagará el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene el suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que paga depende de la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos el monto que pagará por día por su medicamento (la “tarifa diaria del costo compartido”) y la multiplicamos por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba.

- El siguiente es un ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento por un suministro de 1 mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que paga al día por su medicamento es menos de \$0.05. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es menos de \$.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total menor que \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar por el suministro para un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete el suministro de medicamento para menos de un mes completo, con el fin de ayudarlo a:
 - planificar mejor cuándo volver a surtir sus medicamentos;
 - coordinar los resurtidos con los de otros medicamentos que toma, y
 - hacer menos viajes a la farmacia.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

G. Asistencia con el costo compartido de las recetas médicas para las personas con VIH o SIDA

G1. El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El ADAP ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos que salvan vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de los medicamentos recetados a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California, para las personas inscritas en el ADAP.

G2. Si no está inscrito en ADAP

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese al **1-844-421-7050** o ingrese al sitio web de ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Si está inscrito en ADAP

ADAP puede seguir proveyendo a sus clientes la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados de Medicare Parte D en la Lista de medicamentos recetados disponibles de ADAP. Para estar seguro de que continuará recibiendo esta asistencia, informe a su representante local de inscripción al ADAP cualquier cambio que se produzca en el nombre del plan o el número de póliza de Medicare Parte D. Si necesita ayuda para encontrar el lugar de inscripción a ADAP más cercano o al representante de inscripción, llame al **1-844-421-7050** o visite el sitio web mencionado.

H. Vacunación

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Parte D tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación.
- Podemos decirle cómo ahorrar dinero si usa los proveedores y las farmacias de la red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

H2. Cuánto paga usted por una vacuna que está cubierta por Medicare Parte D

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué lo vacunan).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud, en lugar de medicamentos. Esas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para conocer más sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar las vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Quizás deba pagar un copago por las vacunas de Medicare Parte D. Si la vacuna cuenta con la recomendación para adultos de una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP)** la vacuna no le costará nada.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Estas son tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Parte D y su inyección en una farmacia de la red.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.

2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico, y él le aplica la inyección.

- Usted paga un copago al médico por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de aplicarle la inyección.
- El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.

3. Obtiene la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
- Nuestro plan paga el costo de aplicarle la inyección.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 7 Índice

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	205
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	209
C. Decisiones sobre la cobertura.....	210
D. Apelaciones	211

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, es su derecho recibir un reembolso.
 - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para recibir un reembolso si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - el servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal por el que tenemos la responsabilidad de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por nuestro plan;
 - recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal;
 - solicita que se le reembolse en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto;
 - proporciona prueba de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor;
 - recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en nuestra red. No necesita cumplir con esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red brinden sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- Le informaremos si le reembolsarán a través de una carta denominada Notificación de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle la cantidad total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, nuestro plan le devolverá la cantidad total que pagó. Le reembolsaremos en un plazo de 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no forma parte de nuestra red y se niega a devolverle el dinero, nuestro plan le devolverá el dinero, pero solo hasta el monto que Medi-Cal FFS pagaría. Le reembolsaremos el monto total del gasto de bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que lo brinden proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- No le devolveremos el dinero si:
 - solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos;
 - el servicio no es un servicio cubierto por el plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal;
 - acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que deseaba que lo atiendan de todos modos y que usted mismo pagaría los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que haga la factura a nuestro nombre.

- Si usted paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Quizás reciba una factura del proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si el pago corresponde, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto le debemos y le devolveremos nuestra parte del costo compartido.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben enviarnos las facturas. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga cualquier servicio o receta. Pero a veces, cometen errores y le piden que pague por sus servicios o le cobran más de lo que le corresponde pagar. **Llame a Servicio a los Miembros** al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando obtiene los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esa cantidad. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted no debe pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red y considere que es por un monto mayor del que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de red por los servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos la diferencia entre el importe que haya pagado y el importe que debía pagar, de acuerdo con nuestro plan.

3. Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Lo que significa que el primer día de su inscripción ha pasado. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando surte una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento recetado.

- Solo en pocos casos cubriremos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre farmacias fuera de la red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

5. Cuando pague el costo total de una receta de Medicare Parte D porque no tiene consigo la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede conseguir la información inmediatamente, quizás deba pagar usted mismo el costo total del medicamento o bien, regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de la receta de Medicare Parte D por un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Quizás el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos), en nuestro sitio web, o quizás tenga un requerimiento o restricción de la que usted no sepa o no crea que le corresponde. Si decide comprar el medicamento, quizás deba pagar el costo total.
 - Si usted no paga el medicamento pero considera que nosotros deberíamos cubrirlo, puede pedir una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**).
 - Si usted o su médico u otro profesional que emite recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede pedir que tomemos una decisión respecto de su cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico o profesional que expide recetas para poder devolverle la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

Si envía una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si cubriremos el servicio o el medicamento. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo de *este*.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para aprender cómo hacer apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Puede solicitar que le hagamos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho por los servicios de Medicare. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. **Debe presentarnos su reclamo a más tardar en un plazo de 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y en no más de 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio.**

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante:

- El envío de nuestro formulario electrónico tras completarlo en **kp.org** y la carga de la documentación de respaldo.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**kp.org**) o llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece al final de esta página y pida que le envíen el formulario. Envíe el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago enviándonos la siguiente información a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación:
 - Una declaración con la siguiente información:
 - Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia clínica/de salud.
 - La fecha en la que recibió los servicios.
 - El lugar en donde recibió los servicios.
 - Quién prestó los servicios.
 - Por qué considera que nosotros deberíamos pagar los servicios.
 - Su firma y fecha de firma. (Si desea que otra persona que no sea usted realice la solicitud, también necesitaremos que complete un formulario de “Designación de representante”, que se encuentra disponible en **kp.org**).
 - Una copia de la factura, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos, a esta dirección:

- Envíe su solicitud de pago de atención médica por correo, junto con cualquier factura o recibo pago a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, escriba a la siguiente dirección: Para todas las demás solicitudes de la Parte D, envíe su solicitud a la dirección anterior.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

C. Decisiones sobre la cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión respecto a la cobertura. Es decir, decidimos si su plan cubrirá el servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que debe pagar usted.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que el plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted cumplió con todas las normas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo. Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** explica las normas para que los servicios sean cubiertos. El **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** detalla las normas para que se cubran los medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica su derecho de presentar una apelación.
- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**:

- Para presentar una apelación con el fin de recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación y recibir el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo se mencionan sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 8 Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	214
B. Nuestra responsabilidad para que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	215
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI)	217
C1. Cómo protegemos la PHI.....	218
C2. Su derecho a ver su propia historia clínica	218
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	219
E. Imposibilidad para los proveedores de la red para facturarle directamente a usted	220
F. Su derecho a abandonar nuestro plan.....	220
G. Su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención médica	220
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	221
G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones por su cuenta sobre su atención médica	221
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones.....	222
H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	223
H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto o para obtener más información acerca de sus derechos	223

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- I. Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías..... 223
- J. Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades 224
- K. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 224

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos los** servicios se le brindan de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
 - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
 - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, **y**
 - cambiar una solicitud abierta sobre un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al **1-916-440-7370**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

B. Nuestra responsabilidad para que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Encontrará más información sobre cuáles proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**.
 - Llame a Servicio a los Miembros o busque en el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para obtener más información sobre proveedores de la red y sobre cuáles médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin necesitar un referido, como también a otros proveedores, como se describe en el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**. Una referencia es la aprobación de su PCP para usar un proveedor que no es su PCP.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de parte de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que se necesita con urgencia, sin aprobación previa (PA).
- Tiene el derecho de que se le surtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin retrasos prolongados.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para conocer más acerca de proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros**.
- Cuando se une a nuestro plan, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales hasta por 12 meses, si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros**.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones respecto de la atención médica, con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Usted tiene derecho a:
 - Recibir un trato respetuoso y digno, con la debida consideración a su derecho de privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
 - Recibir información acerca del plan y sus servicios, inclusive los servicios cubiertos, los proveedores de la red y los derechos y las responsabilidades como miembro.
 - Poder elegir un proveedor de atención médica primaria dentro de nuestra red.
 - Conocer los nombres de las personas que le proporcionan atención y la clase de capacitación que tienen.
 - Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible.
 - Obtener una segunda opinión de un médico de la red en cualquier momento.
 - Dar a conocer sus quejas, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención que recibió.
 - Obtener la coordinación de atención.
 - Solicitar una apelación de las decisiones que deniegan, difieren o limitan los servicios o beneficios.
 - Tener a disposición un servicio de interpretación en su idioma, sin costo.
 - Recibir ayuda legal sin costo en su oficina de ayuda legal local o en otros grupos.
 - Formular instrucciones anticipadas para la atención médica.
 - Pedir una Audiencia Estatal, si se le niega un servicio o beneficio. Puede pedir una Audiencia Estatal si ya nos ha presentado una apelación y no está conforme con la decisión. También puede pedir una Audiencia Estatal si no ha recibido una decisión en el plazo de 30 días de presentada la apelación. Esto incluye información acerca de las circunstancias en las que es posible una audiencia acelerada.
 - Tener acceso a copias de su historia clínica y recibirlas, modificar su historia clínica o corregirla.
 - Para obtener sin costo información para miembros por escrito en formatos como braille, impresión con letras grandes, audio y formatos electrónicos accesibles, previo pedido y oportunamente según el formato que se solicite y de acuerdo con la Sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- No sufrir ninguna restricción ni aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tratar información certera sobre las opciones de tratamiento disponibles y sus alternativas, presentadas de modo adecuado según su afección y capacidad de comprensión, sin que importe el costo o la cobertura.
- Recibir una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §164.524 y 164.526.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar adversamente cómo lo tratan en Kaiser Permanente, los proveedores o el Estado.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Centros del Servicio de Salud para la Población Indígena, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios de enfermedades de transmisión sexual y Servicios de Emergencia fuera de nuestra red y de conformidad con la ley federal.

El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** le indica qué puede hacer si no recibe los servicios o los medicamentos en un plazo razonable. Además, dice qué puede hacer si le negamos cobertura de servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica protegida (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

- La PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y la limitación del uso de su PHI. Le entregamos una notificación por escrito que le informa estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.
- Quienes den su consentimiento para recibir servicios sensibles no necesitan obtener la autorización de ninguna otra persona para recibir dichos servicios ni para enviar un reclamo por servicios sensibles. Kaiser Permanente enviará las comunicaciones sobre servicios sensibles a la dirección postal alternativa que haya indicado el miembro, o a una dirección de correo electrónico o número telefónico, si no hubiese una designación, en nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono que figura en los registros. Kaiser Permanente no divulgará información médica que

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

este relacionada con servicios sensibles a ninguna persona sin conseguir una autorización escrita del miembro que recibe la atención. Kaiser Permanente atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato que se haya solicitado, si es que puede hacerse oportunamente en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud del miembro de mantener comunicaciones confidenciales con respecto a los servicios sensibles será válida hasta que el miembro retire la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

- Los miembros pueden solicitar comunicación confidencial completando un formulario de solicitud de comunicación confidencial, que está disponible en kp.org en “Solicitud de formularios de comunicaciones confidenciales”.

C1. Cómo protegemos la PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos la PHI a ninguna persona que no le brinde atención o que no pague por su atención. Si lo hacemos, antes debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes:

- Debemos divulgar PHI a los organismos gubernamentales que controlan la calidad de atención de nuestro plan.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver su propia historia clínica

- Usted tiene el derecho a ver su historia clínica y a recibir una copia de sus registros. Es posible que le cobremos una tarifa por hacer una copia de sus historias clínicas.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.
- Tiene derecho a saber si y cómo compartimos su PHI con otros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre el plan, nuestra red de proveedores y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para pedir un intérprete, llame a Servicio a los Miembros. El servicio es gratuito para usted. Este documento está disponible en árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita, llamando a Servicio a los Miembros. También podemos brindarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de las siguientes opciones, llame a Servicio a los Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera;
 - cómo nos han calificado otros miembros del plan;
 - la cantidad de apelaciones que han presentado los miembros;
 - cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
 - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención médica primaria;
 - especialidades de los proveedores y farmacias de nuestra red;
 - cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para miembros**) que cubre nuestro plan;
 - límites a las coberturas y medicamentos;
 - reglas con las que debe cumplir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Por qué algunas cosas no están cubiertas y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**), incluso, puede pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto;
 - cambiemos una decisión que hayamos tomado;
 - paguemos una factura que usted ha recibido.

E. Imposibilidad para los proveedores de la red para facturarle directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle a usted el saldo ni cobrarle a usted si nosotros pagamos menos del monto que el proveedor haya cobrado. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle a usted por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D de un plan de medicamentos recetados o de otro plan MA.
- Consulte el Capítulo 10 de esta Guía para miembros:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o MA.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones con respecto a su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Los proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto es lo que se conoce como una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de esta Guía para miembros, se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones por su cuenta sobre su atención médica

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Rellenar un formulario escrito que le otorgue a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.
- Brinde a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día no puede tomar decisiones usted mismo, incluida aquella atención que no desea recibir.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

No está obligado a tener instrucciones anticipadas, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtener el formulario.** También le pueden facilitar el formulario su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y los consultorios médicos a menudo tienen los formularios. También puede encontrarlo en línea y descargarlo gratis. Además, puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar el formulario.
- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan estar enteradas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conservar una copia en su casa.
- Si lo van a hospitalizar y ya firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**
- En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en su historia clínica.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. Nuestro plan le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días de realizado dicho cambio.

Comuníquese a Servicio a los Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar un reclamo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que se menciona en el **Capítulo 2, Sección F** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes acerca de su atención o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, que tenga que presentar una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura o que precise presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicio a los Miembros para obtener esa información.

H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto o para obtener más información acerca de sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente y **no** se trata de discriminación por los motivos expuestos en el **Capítulo 11** de esta **Guía para miembros**; o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar:

- Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**.
- Al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2, Sección E** de esta **Guía para miembros**.
- Al Programa Ombuds de Medicare y Medi-Cal al **1-888-804-3536**. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros**.
- El programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan vigila y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

J. Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene sugerencias, llame a Servicio a los Miembros.

K. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

- **Lea la *Guía para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Para sus servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Para sus medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para miembros**.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio a los Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica para que le brinden la mejor atención.
 - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados y de venta sin receta, vitaminas y suplementos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención**, como completar una valoración de riesgo para la salud anual.
- **Sea considerado.** Se espera que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También se espera que se comporte con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y con otros consultorios médicos.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros del plan, Medi-Cal paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.
 - Para algunos de sus servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos que nuestro plan cubre, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde cuando recibe el servicio o medicamento. En el **Capítulo 4** se indica lo que debe pagar por sus servicios y apoyos a largo plazo. En el **Capítulo 6** se indica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si obtiene servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para aprender cómo presentar una apelación).
- **Díganos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicio a los Miembros.
 - Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir en este plan. Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de esta **Guía para miembros** encontrará información sobre su área de servicio.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un periodo de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitaremos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Infórmenos si tiene un número de teléfono nuevo** o una mejor manera de contactarlo.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)

Introducción

En este capítulo se incluye información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- tiene un problema o una queja sobre su plan;
- necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará;
- no está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención;
- cree que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto;
- tiene un problema o una queja con respecto a sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS) y servicios en centros de enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar lo que está buscando con facilidad. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-888-804-3536 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa Ombuds para ayudarlo con su problema. Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y maneras de contactarlos, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Capítulo 9 Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	229
A1. Información sobre los términos legales.....	229
B. Dónde obtener ayuda	229
B1. Cómo obtener más información y ayuda.....	229
C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan.....	231
D. Problemas con sus beneficios	231
E. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones.....	232
E1. Decisiones sobre la cobertura.....	232
E2. Apelaciones	233
E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones.....	233
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	234
F. Atención médica	235
F1. Cómo usar esta sección.....	235
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	236
F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	238
F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	242
F5. Problemas de pago	249
G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D	251
G1. Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de Medicare Parte D.....	251
G2. Excepciones de Medicare Parte D.....	253
G3. Información importante que debe saber sobre las solicitudes de excepciones	254
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	254
G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	257

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	259
H. Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga	261
H1. Aprendizaje sobre sus derechos de Medicare	262
H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	263
H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2	265
H4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1	266
H5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	267
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos....	268
I1. Notificación anticipada antes de que su cobertura finalice	268
I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1	269
I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	271
I4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1	272
I5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2	273
J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2	273
J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	273
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	275
J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D	275
K. Cómo presentar una queja.....	276
K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas.....	276
K2. Quejas informales internas	278
K3. Quejas informales externas	279

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también denominadas quejas formales.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información sobre los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión independiente” (IRO) en vez de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Cómo obtener más información y ayuda

A veces, es difícil iniciar o seguir un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga la información necesaria para seguir adelante.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a entender qué hacer con su problema. El HICAP no está afiliado a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a un plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es **1-800-434-0222**.

Ayuda del Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor sobre las preguntas que tenga sobre la cobertura de salud. Ofrecen ayuda legal gratuita. El Programa Ombuds no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Su número de teléfono es **1-888-804-3536** y su sitio web es **www.healthconsumer.org**.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California

El Defensor General de los Derechos de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California puede ayudar. Ellos lo pueden ayudar si tiene problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o cancelarlo. También pueden ayudar si cambió su lugar de residencia y tiene dificultades para que Medi-Cal lo transfiera al nuevo condado. Puede comunicarse con el defensor general de los derechos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1-888-452-8609**.

Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TDD sin costo, **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC en **www.HealthHelp.ca.gov**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con ellos al **1-800-464-4000** (TTY **711**) y seguir el proceso de quejas formales que tenga el plan, antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este proceso de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Pueden llamar al departamento si necesitan ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con trastornos del habla o de la audición. En el sitio web del departamento <https://www.dmhc.ca.gov> encontrará formularios de quejas informales, solicitudes de IMR e instrucciones en línea.

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no pueden combinarse. En esas situaciones, utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El siguiente cuadro le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas informales.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

<p>¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o con la cobertura?</p> <p>Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica o medicamento recetado en particular tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas sobre el pago de la atención médica y los medicamentos recetados.</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección E, “Apelaciones y decisiones de cobertura”.</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección K, “Cómo presentar una queja”.</p>

E. Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago.

E1. Decisiones sobre la cobertura

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que recibe atención médica de ellos (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de esta **Guía para miembros**).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo obtenga, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.



E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando presenta una apelación por primera vez, eso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para verificar si se siguieron todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si no desea apelar primero al plan por un servicio de Medi-Cal, si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata o grave a su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una revisión médica IMR del Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la sección “Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) ante el Departamento de Atención Médica Administrada” más adelante en este capítulo para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo médico de Medicare o medicamentos de la Parte B, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o Medicaid, la carta le informará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si está en desacuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podría continuar presentando otros niveles de apelaciones.

E3. Ayuda con decisiones sobre la cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicio a los Miembros** a los números que figuran al final de la página.
- Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-888-804-3536.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.
- **El Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)** para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TDD sin costo, **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC en **www.HealthHelp.ca.gov**.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero no está obligado a tener un abogado para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su abogado o busque uno en el colegio local de abogados o a través de otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al **1-888-804-3536**.
- Complete el formulario de Designación de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.
- Llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de “Designación de Representante”. Puede obtener el formulario visitando el sitio web **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web **kp.org**. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones en las que se usan decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que aplique:

- **Sección F**, “Atención médica”
- **Sección G**, “Medicamentos recetados de Medicare Parte D”
- **Sección H**, “Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga”

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- **Sección I**, “Solicitud para continuar cubriendo ciertos servicios médicos (Esta sección solo se aplica a la atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializada y los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede obtener información a través de organizaciones del gobierno, tales como su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea los números de teléfono de este programa en el **Capítulo 2, Sección E**, de esta **Guía para miembros**).

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponda pagar.

En esta sección se describen sus beneficios para la atención médica y servicios descritos en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**. Generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección. El término “atención médica” incluye servicios médicos y artículos, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de la salud. Es posible que se apliquen reglas diferentes a un medicamento recetado de Medicare Parte B. Cuando esto suceda, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

En esta sección se explica qué puede hacer en alguna de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita pero que no recibe.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

¿**Qué puede hacer?**: Puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
 - Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como su guía.
6. Experimenta demoras en la atención o no puede localizar a un médico.

- **Qué puede hacer:** Puede presentar una queja formal. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización integrada**”.

- Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura:
- Por llamada: al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., TTY: **711**. Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a sábado.
- Por fax: 1-888-987-2252.
- Por carta:
 - Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para obtener ubicaciones).
 - Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos. Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a:
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Decisión normal sobre la cobertura

Utilizamos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que acordemos responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le damos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o artículo médico dentro del de plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Para los planes Knox-Keene, en un plazo de 5 días hábiles y a más tardar 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos recetados de Medicare Parte B en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida de cobertura” es “**determinación acelerada de cobertura**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre lo siguiente:

- Servicio o artículo médico en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o antes si su afección médica requiere una respuesta más rápida.
- Medicamentos recetados de Medicare Parte B en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:

- Está solicitando cobertura para atención médica que usted **no obtuvo**.
- El uso de los plazos estándar **podría causar daños graves a su salud** o perjudicar su bienestar.

Automáticamente le damos una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura.

Si determinamos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviamos una carta con una explicación y usamos en cambio el plazo normal. En la carta se indica lo siguiente:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Le brindamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en lugar de una decisión rápida de cobertura. Para obtener más información acerca del proceso para presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si desea presentar una apelación, usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. A continuación, se presentan ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud:

- si la solicitud está incompleta;
- si alguien presenta la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación para explicar por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llame a Servicio a los Miembros.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamando a Servicio a los Miembros.

- Si su médico u otra profesional que expida recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web kp.org.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación:
 - rechazaremos su solicitud, y
 - le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la IRO que revise nuestra decisión para rechazarla.

Debe solicitar una apelación **dentro del plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.

Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.

Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación. Esta solicitud debe presentarse por escrito.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no recibió, usted o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Le proporcionamos automáticamente una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una apelación acelerada.

- Si determinamos que su salud no reúne los requisitos para una apelación acelerada, le enviamos una carta con una explicación y usamos en cambio el plazo normal. En la carta se indica lo siguiente:
 - Le brindamos automáticamente una apelación acelerada si su médico la solicita.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Cómo puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de darle una apelación normal en vez de una apelación acelerada. Para obtener más información acerca del proceso para presentar una queja informal, incluida una queja acelerada, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda solicitar la continuidad de esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o en la fecha efectiva prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura para atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información de ser necesario. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.

- **Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro del plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
- **Si decimos que No a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Si empleamos plazos estándar, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que no recibió, le damos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Incluimos más información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.

Si decimos que Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan pronto como lo requiera su afección médica y en el plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales:

- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medicare** generalmente cubre, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática del Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia Estatal y una revisión médica independiente al estado. Sin embargo, la revisión médica independiente no está disponible si ya presentó pruebas en una Audiencia Estatal.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, es posible que sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continúen durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre **Medicare**, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre **Medi-Cal**, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro del plazo de 10 días calendario después de la recepción de la carta de nuestra decisión.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es la “**Entidad de Revisión Independiente**”, que a veces se conoce como “**IRE**”.

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratis del expediente del caso.
- También tiene derecho a entregar a la IRO cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1 ante nosotros, automáticamente recibe una apelación acelerada de Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento de recepción de su apelación.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la IRO debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir de su apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- Si la IRO dice que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud para artículo o servicio médico, debemos implementar la decisión de inmediato:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro del plazo de 72 horas**, o
 - prestar el servicio **en el plazo de 5 días hábiles** tras la obtención de la decisión de la IRO **para solicitudes estándar**, o
 - prestar el servicio **en el plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO **para solicitudes aceleradas**.
- Si la IRO dice que **Sí** para una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Medicare Parte B en disputa:
 - **en el plazo de 72 horas** después de que obtengamos la decisión de la IRO para solicitudes estándar, o
 - **dentro del plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO **para solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que No a la totalidad o parte de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.
 - Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones, para un total de cinco niveles de apelación.
 - Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si avanza al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) está a cargo de una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

(1) Revisión médica independiente

Hay dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja informal o revisión médica independiente o (2) Audiencia Estatal.

Puede presentar una queja informal ante el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) o solicitarle una revisión médica independiente (IMR). Al presentar una queja informal, el DMHC revisará nuestra decisión y tomará una determinación. Una IMR está disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan o del DMHC. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No paga costos por una IMR.

Puede presentar una queja informal o solicitar una IMR si nuestro plan:

- niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es necesario desde el punto de vista médico;
- no cubrirá un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una afección médica grave;
- disputa si un servicio o intervención quirúrgica fue de naturaleza cosmética o reconstructiva;
- no pagará los servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que ya recibió;
- no ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en el plazo de 30 días calendario para una apelación estándar o de 72 horas, o antes para una apelación acelerada, si su salud lo requiere.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de representante, deberá volver a presentarnos su apelación antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 al Departamento de Atención Médica Administrada, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, lo que incluye, entre otros, el dolor intenso, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función del organismo importante.

Tiene derecho tanto a una IMR como a una Audiencia Estatal, pero no tiene derecho a una IMR si ya presentó pruebas en una Audiencia Estatal y tuvo una Audiencia Estatal sobre el mismo tema.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

En la mayoría de los casos, debe presentarnos una apelación antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja informal ante el DMHC o solicitar una IMR al Centro de Ayuda del DMHC.

Si se denegó su tratamiento porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede informarlo de inmediato al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Usted debe **solicitar una IMR en el plazo de 6 meses** después de que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como por ejemplo, que tuvo una afección médica que le impidió solicitar la IMR en el plazo de 6 meses o no recibió un aviso adecuado de parte nuestra sobre el proceso de IMR.

Para solicitar una IMR:

- complete la Solicitud de Revisión Médica Independiente/Formulario de queja informal que se encuentra disponible en:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219; Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- complete el Formulario de asistente autorizado si alguien lo está ayudando con su IMR. Puede obtener el formulario en
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamando al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219; Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- envíe por correo o fax sus formularios y cualquier archivo adjunto a:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: **1-916-255-5241**

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- también puede enviar su Solicitud de Revisión Médica Independiente/Formulario de queja informal y Formulario de asistente autorizado en línea:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Si califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 7 días calendario informándole que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará en el plazo de 30 días calendario. Debería recibir la decisión de IMR en el plazo de 45 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, el DMHC revisará su caso y le enviará una carta en el plazo de 2 días calendario informándole que califica para una IMR. Después de recibir su solicitud y los documentos de respaldo de su plan, la decisión de IMR se tomará en el plazo de 3 días calendario. Debería recibir la decisión de IMR en el plazo de 7 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todas las historias clínicas necesarias de parte suya o del médico tratante. Si está usando un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga y nos envíe sus historias clínicas de ese médico. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus historias clínicas de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas informales del consumidor. Su queja informal debe resolverse en el plazo de 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja informal es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos o si no continuaremos pagando un servicios o artículo que ya tiene y decimos que no a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que se le envíe por correo el aviso “Carta de Decisión de Apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se cambiará o suspenderá, **usted tiene menos días para presentar su solicitud** si desea continuar recibiendo el servicio mientras su Audiencia Estatal está pendiente. Lea “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en este capítulo para obtener más información.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Hay dos maneras de solicitar una Audiencia Estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia Estatal” en el reverso de la notificación de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada de porqué desea una audiencia. Después, puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en la notificación.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax **1-916-651-5210** o al **1-916-651-2789**.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al **1-800-743-8525**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Si decide solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal ni la IMR.

Tiene derecho tanto a una Audiencia Estatal como una IMR. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal imparcial será la definitiva. Las decisiones de beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de la IMR.

Las secciones a continuación le ofrecen más información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal o una IMR.

Kaiser Permanente no está a cargo de las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273 y presione 5 o 711**). Sin embargo, las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una revisión médica independiente. Si no está de acuerdo con decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una Audiencia Estatal.

Nota: Los artículos y servicios que recibe en virtud del Programa de Apoyos Comunitarios no califican para una IMR.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

La División de Audiencias Estatales le entrega su decisión por escrito y explica sus motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales dice que **Sí** a todo o parte de una solicitud de artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar dicho servicio o artículo **en el plazo de 72 horas** tras haber recibido la decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales dice que **No** a la totalidad o parte de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la División de Audiencias Estatales es **No** a toda o parte de su solicitud, usted tiene otros derechos de apelación.

Si su apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador está a cargo de una apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los otros derechos de apelación que puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación luego del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. El único importe que deberían pedirle que pague es el copago por ambulancia, diálisis y algunos artículos de DME, tal como se describe en el Cuadro de Beneficios que se encuentra en el **Capítulo 4** o en los costos compartidos que se describen en el **Capítulo 6**, si ya no reúne los requisitos para recibir el “Beneficio Adicional”.

Si recibe una factura que supera el monto de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura a nosotros. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación. Si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**. Describe situaciones en las que quizás deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión sobre la cobertura.

Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo de 60 días calendario tras haber recibido su solicitud.
- Si aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago es lo mismo que responder **Sí** a su solicitud de una decisión sobre la cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos responderle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y determina que debemos pagarle, deberemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquiera de las etapas posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”. Recibirá una carta que explique los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre otros niveles de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medi-Cal** generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

G. Medicamentos recetados de Medicare Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría de ellos son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo hace referencia a las apelaciones de medicamentos de Medicare Parte D.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en vez de decir “medicamento de Medicare Parte D” cada vez.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de Medicare Parte D

Vea a continuación ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de Medicare Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de Medicare Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - Reservemos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (tales como límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión sobre la cobertura.

Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de Medicare Parte D se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto exige una decisión sobre la cobertura para un pago.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Para ayudarse, use la tabla que se encuentra a continuación.

¿Cuál de estas situaciones se aplica en su caso?

<p>Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura).</p> <p>Empiece por la Sección G2, y después consulte las Secciones G3 y G4.</p>	<p>Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (tal como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Consulte la Sección G4.</p>	<p>Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión).</p> <p>Consulte la Sección G5.</p>
---	--	--	--

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



G2. Excepciones de Medicare Parte D

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que emita recetas deben explicar los motivos médicos por los cuales la necesita.

Pedir cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o pedir que se elimine la restricción de un medicamento por lo general se denomina pedir una “**excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles**”.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas pueden solicitar:

Cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos, usted debe pagar el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

Eliminar una restricción de un medicamento cubierto

- Corresponde aplicar otras normas y restricciones sobre algunos medicamentos que están en nuestra Lista de Medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información).
- Otras reglas y restricciones para ciertos medicamentos son:
 - Requerir que se use la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener con antelación nuestra aprobación, antes de que aceptemos cubrir un medicamento. Algunas veces, esto se llama “autorización previa” (PA).

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

G3. Información importante que debe saber sobre las solicitudes de excepciones

Su médico u otro profesional que emita recetas debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que emita recetas deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que emite recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Se llaman medicamentos “alternativos”. Si el medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que solicita y no le causaría otros efectos secundarios ni problemas de salud, por lo general, **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos responder Sí o No a su solicitud.

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción suele durar hasta el final del año calendario; siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si respondemos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida la clase de decisión sobre la cobertura que desee llamando a Servicio a los Miembros, escribiéndonos o enviándonos un fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que emite recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro profesional que emita recetas) o su representante pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo designar a una persona para que sea su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su médico u otra persona que emite recetas para que soliciten una decisión sobre la cobertura en su nombre.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, primero consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. En ella se incluyen las razones médicas de su médico u otro profesional que emite recetas para solicitar la excepción.
- Su médico u otro profesional que emite recetas pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo postal. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o correo postal.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Usamos los “plazos estándar” a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión normal sobre la cobertura** significa que le responderemos en un plazo de 72 horas luego de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le responderemos en un plazo de 24 horas luego de recibir la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Es por un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya compró.
- Su salud o sus funciones se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, la aceptamos y se la damos. Le enviamos una carta que se lo informa.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico u otro profesional que emite recetas, decidiremos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, usamos los plazos estándar en su lugar.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Le enviamos una carta que se lo informa. La carta también le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información acerca del proceso para presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le dice cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura en un plazo de 72 horas posteriores a recibir su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si decimos que **Sí** a parte o la totalidad de su solicitud, haremos el reembolso en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique las razones. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de Medicare Parte D se llama una “**redeterminación**” del plan.

- Inicie su **apelación estándar o apelación rápida** llamando al **1-866-206-2973**, escribiéndonos o enviándonos un fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que emite recetas) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro del plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratis de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico o el profesional que emite recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Analizamos su apelación, y evaluamos cuidadosamente y por segunda vez toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que emita recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
 - Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas posteriores a recibir su apelación.
- Si decimos que **No** a parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si nos regimos por los plazos estándar, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una apelación rápida.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindarle lo más rápido que su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **en un plazo de 14 días calendario** después de la recepción de su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelación de las apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es la “**Entidad de Revisión Independiente**”, que a veces se conoce como “**IRE**”.

A fin de presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactar a la IRO **por escrito** y solicitar que revisen su caso.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si decimos que **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviemos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. En las instrucciones se le explica quiénes pueden presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Si presenta una apelación ante la IRO, enviamos a la entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitar una copia sin costo del expediente del caso.**
- También tiene derecho a entregar a la IRO cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de Medicare Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

- Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite a la IRO una apelación acelerada.
- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en el plazo de 24 horas** después de obtener la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- **En el plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación por el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **en el plazo de 72 horas** después de que obtengamos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en el plazo de 30 días calendario después de que obtengamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si la IRO dice que **No** a su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Un ALJ o un abogado adjudicador está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Solicitud de cobertura de una hospitalización más larga

Cuando usted es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos cuando son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de hospitalizaciones de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Durante su hospitalización, colabora con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que reciba el alta. Ellos también se encargan de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted abandona el hospital se llama “fecha del alta hospitalaria”.
- Su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es su fecha de alta hospitalaria.

Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo o le preocupa la atención después de dejar el hospital, puede pedir que se extienda su hospitalización. Esta sección le explica cómo solicitarlo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Sin perjuicio de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja informal y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente. Puede una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

H1. Aprendizaje sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días a partir de su hospitalización, alguien del hospital, como un enfermero o trabajador social, le dará una notificación por escrito llamada **“An Important Message from Medicare about Your Rights”**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son hospitalizadas.

Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- **Lea la notificación** cuidadosamente y haga preguntas si no entiende. La notificación le informa sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Tiene derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme la notificación** para demostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar la notificación.
 - Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** implica que está de acuerdo con una fecha de alta hospitalaria que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- **Conserve su copia** de la notificación firmada para que tenga la información si la necesita.
 - Si firma la notificación más de dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.
- Puede ver una copia de la notificación por adelantado si:
 - Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
 - Visite **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Livanta. Llámelos al **1-877-588-1123**. La información de contacto también se encuentra en la notificación, “An Important Message from Medicare about Your Rights”, y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha programada para el alta hospitalaria.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

- **Si vence el plazo** para presentar su apelación ante la QIO, apele directamente a nuestro plan. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentarnos una apelación.
- Debido a que tanto Medicare como Medi-Cal cubren las hospitalizaciones, si la QIO no recibe su solicitud para continuar su hospitalización o cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave a su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California (DMHC) o solicitarle una revisión médica independiente. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja al DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene duda o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha programada para el alta hospitalaria. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evalúan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que reciban del hospital y de nuestro plan.
- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha programada para el alta hospitalaria. En la carta también se indican las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es la fecha de alta correcta médicamente apropiada para usted.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Notificación detallada del alta hospitalaria**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede consultar una notificación de muestra en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

Una vez que la QIO obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Crean que su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente al que reciba la respuesta de la QIO a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO responda a su apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a evaluar la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la QIO diga que **No** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponde de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC o solicitarle una revisión médica independiente para continuar la hospitalización. Consulte la **Sección E4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

Un ALJ o un abogado adjudicador está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

La fecha límite para comunicarse con la QIO para una apelación de Nivel 1 es en el plazo de 60 días o antes de la fecha programada para el alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite de la apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y pídanos una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

El término legal para “revisión rápida o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

- Analizamos toda la información sobre su hospitalización.
- Comprobamos que la primera decisión fue justa y siguió las reglas.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que debe estar en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibí cuando dijimos que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Acordamos que la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esta fecha.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada para el alta hospitalaria si continúa en el hospital.
- Enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

H5. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la IRO en el plazo de 24 horas de haber dicho **No** a su apelación de Nivel 1. Lo hacemos de forma automática. No necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La IRO hace una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la IRO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibí cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si la IRO dice que **No** a su apelación:

- Está de acuerdo en que su fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente para continuar la hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente. Puede una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica a domicilio;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Cuando decidimos dejar de cubrir alguno de estos, debemos informarle **antes** de que sus servicios terminen. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

I1. Notificación anticipada antes de que su cobertura finalice

Le enviamos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esta se denomina “Notificación de No Cobertura de Medicare”. En la notificación se le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Usted o su representante deben firmar la notificación para demostrar que la recibieron. Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** implica que está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le informa el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene inquietudes o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al HICAP al **1-800-434-0222**.
- Comuníquese con la QIO.
 - Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo contactarla.
 - Pídale que revise su apelación y decida si cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación por vía rápida”.** Pregunte a la QIO si es apropiado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la Notificación de No Cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la QIO, puede presentar su apelación directamente a nosotros. Para obtener los detalles sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si la QIO no recibirá su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención médica o cree que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) y solicitarle una Revisión Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

El término legal para la notificación por escrito es **“Notificación de No Cobertura de Medicare”**. Obtenga una copia de muestra llamando a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página o llamando a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O pida una copia en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**.

Qué sucede durante una apelación por vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar con la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía a usted una notificación por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

El término legal para la explicación en la notificación es **“Explicación detallada de no cobertura”**.

- Los revisores le informan su decisión en un plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en la notificación.
- Usted paga el costo completo de esta atención si decide continuar la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un CORF después de la fecha en que termina su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la QIO que vuelva a evaluar la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Llámelos al **1-877-588-1123**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la QIO diga que **No** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibí cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura por la atención mientras sea necesaria desde el punto de vista médico.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Un ALJ o un abogado adjudicador está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I4. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Como se explica en la **Sección I2**, debe actuar con rapidez y comunicarse con la QIO para iniciar su apelación de Nivel 1. Si no cumple con la fecha límite, puede usar un proceso de “Apelación alternativa”.

Comuníquese con Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

- Analizamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido justa y haya seguido las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de sus servicios.
- Usamos plazos rápidos en lugar de plazos estándar y le informamos nuestra decisión en el plazo de 72 horas posteriores a la solicitud de una revisión rápida.

Si decimos que **Sí** a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo en que necesita los servicios por más tiempo.
- Le brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Estamos de acuerdo en devolverle el dinero por nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibió desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura.

Si decimos que **No** a su apelación rápida:

- Nuestra cobertura para estos servicios finaliza en la fecha que le indicamos.
- No pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esta fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si continúa recibéndolos después de la fecha en que le informamos que terminaría nuestra cobertura.
- Enviamos su apelación a la IRO para asegurarnos de que cumplimos con todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

15. Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, enviamos la información para su apelación de Nivel 2 a la IRO en un plazo de 24 horas a partir de que hayamos dicho que No a su apelación de Nivel 1. Lo hacemos de forma automática. No necesita hacer nada.

Si considera que no cumplimos con este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La IRO hace una revisión rápida de su apelación. Revisan detenidamente toda la información sobre su alta hospitalaria y, por lo general, le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

Si la IRO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos el porcentaje que nos corresponde de la atención que recibió cuando dijimos que terminaría su cobertura.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la IRO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le da una carta en la que le indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una Revisión Médica Independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo solicitar al DMHC una Revisión Médica Independiente. Puede presentar una queja y solicitar una Revisión Médica Independiente además de una apelación de Nivel 3 o en su lugar.

Un juez de derecho administrativo está a cargo de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2

J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a pasar a niveles adicionales de apelación.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del ALJ o abogado adjudicador.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si el Consejo dice que **No** o niega nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. En la carta que reciba de la División de Audiencias Estatales se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobados en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas

El proceso de quejas informales se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y los servicios al cliente. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • No está satisfecho con la calidad de la atención, tal como la atención que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de atención médica o su personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	<ul style="list-style-type: none"> • No puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en un consultorio de un médico o de un proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que usted no habla que no es inglés (tal como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicio a los Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que no le dimos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es muy difícil de entender.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad relacionada con decisiones sobre la cobertura o apelaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o devolverle dinero por ciertos servicios médicos. • No cree que enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay distintos tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está relacionada con nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayudar para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“interponer una queja formal”**.

K2. Quejas informales internas

Para presentar una queja informal interna, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Puede presentar la queja informal en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de Medicare Parte D. Si la queja informal es sobre un medicamento de Medicare Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días** calendario después de haber tenido el problema por el que desea presentar una queja.

- Servicio a los Miembros le informará si necesita hacer algo más.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, daremos respuesta a su queja por escrito.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal acelerada”.

Si es posible, respondemos de inmediato. Si nos llama porque tiene una queja, tal vez podamos responderle durante la llamada. Le responderemos rápidamente si su afección médica lo requiere.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja informal que implica una amenaza grave para su salud, incluidos, entre otros, dolor intenso o posible pérdida de la vida, una extremidad o una función del organismo importante, podemos darle una “queja acelerada” y responder a su queja informal dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Damos una respuesta ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja.

K3. Quejas informales externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

No necesita presentar una queja ante nuestro plan antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión, o siente que el plan de salud no se está ocupando de su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja informal ante el defensor general de los derechos de la atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) llamando al **1-888-452-8609**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos que no sean urgentes, puede presentar una queja informal ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja informal después de 30 días calendario. Sin embargo, puede contactar al DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja informal que involucre un asunto urgente o uno que involucre una amenaza inmediata o grave a su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja informal o si nuestro plan no ha resuelto su queja informal después del plazo de 30 días calendario.

Hay dos formas de obtener ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al **1-888-466-2219**. Las personas sordas, con dificultades de audición o de lenguaje pueden utilizar el número TTY sin costo, **1-877-688-9891**. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR)

Puede presentar una queja informal ante la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) si considera que no le han dado un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la OCR es **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Puede visitar el sitio web www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR en:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de respuesta al cliente: **1-800- 368-1019**
Fax: **1-202-619-3818**
TDD: **1-800- 537-7697**
Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**

También puede tener derechos de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA).

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja informal sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja informal ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja informal ante la QIO, trabajaremos con ella para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros especialistas de atención médica que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información de la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros**.

En California, la QIO se llama Livanta. Su número de teléfono es **1-877-588-1123**.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 10 Índice

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	283
B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	284
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.....	285
C1. Sus servicios de Medicare	285
C2. Sus servicios de Medi-Cal	289
Sus servicios y medicamentos médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	289
D. Otras situaciones en las que finaliza su membresía	289
E. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud	290
F. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	291

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medi-Cal, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro por única vez durante cada uno de los Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción anual**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- si se mudó fuera de nuestra área de servicio;
- su elegibilidad para Medi-Cal o Beneficio Adicional cambió; o
- si se mudó recientemente, está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidados a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en el que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si abandona el plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Sus opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a los siguientes:

- Servicio a los Miembros a los números que figuran al final de la página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite **<https://aging.ca.gov>**. Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- Defensor general de los derechos de atención médica administrada de Medi-Cal al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o al correo electrónico **MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

NOTA: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener información sobre programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no eligió un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente, deberá solicitar la cancelación de la membresía de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio a los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY (personas con trastornos de audición o del habla) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama a **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Consulte el cuadro de la **Sección C** para obtener más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deja nuestro plan
- Llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**.
- En la **Sección C** a continuación se incluyen pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

<p>1. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare incluido un plan que combina su cobertura de Medicare y Medi-Cal</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <p>Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p> <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela de manera automática cuando comienza la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.</p>
---	--

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

<p>2. Puede cambiar a los siguientes planes:</p> <p>Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.</p>	<p>Esto es lo que tiene que hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite https://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comienza la cobertura de Original Medicare.</p>
--	---

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.



3. Puede cambiar a los siguientes planes:

Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare

NOTA: Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, tal como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Esto es lo que tiene que hacer:

Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al **1-800-434-0222**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Para obtener más información o para localizar una oficina local del HICAP en su área, visite <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Se cancela automáticamente su membresía en nuestro plan cuando comienza la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de que abandone nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-430-7077**. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.

Sus servicios y medicamentos médicos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y el comienzo de la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal tarden un tiempo. Durante ese tiempo, continúa obteniendo la atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que su nuevo plan comience.

- Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo para surtir sus recetas.
- Si se encuentra hospitalizado el día en que su membresía en el plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

D. Otras situaciones en las que finaliza su membresía

Estos son casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Pueden afiliarse a nuestro plan las personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medi-Cal. Si ya no reúne los requisitos para los planes de Medicaid, le informaremos por escrito que cuenta con un periodo de gracia de cuatro meses para recuperar su elegibilidad de Medicaid antes de que le solicitemos que finalice su membresía del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. Antes de cancelar su inscripción en el plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en algún otro plan Senior Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no tiene presencia legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si se encuentra en el período de cuatro meses de nuestro plan de elegibilidad continuada, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, deberá consultar con Medi-Cal qué cubrirá Medicaid de los servicios no cubiertos por nuestro plan pero cubiertos por Medi-Cal. Además, el costo compartido de medicamentos de la Parte D y de las primas que nos paga puede variar. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período. Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare podría pedirle al inspector general que investigue su caso si finalizamos su membresía por esta razón).

E. Reglas en contra de pedirle que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud. Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

F. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hacemos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

G. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar la membresía de su plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicio a los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 11: Notificaciones legales

Introducción

En este capítulo se incluyen notificaciones legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para miembros**.

Capítulo 11 Índice

A. Aviso sobre la legislación.....	294
B. Aviso sobre la no discriminación.....	294
C. Aviso sobre Medi-Cal como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso	295
D. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal	296
E. Administración de esta Guía para miembros	296
F. Solicitudes y declaraciones.....	296
G. Arbitraje obligatorio	296
Alcance del arbitraje	297
Reglamento.....	298
Cómo iniciar el arbitraje	298
Notificación de la petición de arbitraje	299
Honorarios por arbitraje	299
Número de árbitros	300
Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros.....	300
Costos.....	300
Disposiciones generales	301
H. Asignaciones.....	302

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

292

I. Honorarios y gastos de defensor y abogados..... 302

J. Coordinación de beneficios..... 302

K. Responsabilidad del empleador..... 302

L. Guía para miembros que obliga a los miembros..... 303

M. Responsabilidad de agencias gubernamentales..... 303

N. Exención de responsabilidad de los miembros..... 303

O. Sin renuncia..... 303

P. Avisos..... 303

Q. Recuperación de pagos en exceso..... 303

R. Responsabilidad civil de terceros..... 304

S. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos..... 305

T. Beneficios por el seguro de los trabajadores o por responsabilidad civil del empleador..... 305

U. Embarazo por encargo de terceros..... 306

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.



A. Aviso sobre la legislación

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyeron ni se explican en esta **Guía para miembros**. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Podrían aplicarse también otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

No lo discriminamos ni lo tratamos diferente por su raza, etnicidad, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica en el área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. También puede visitar el sitio web **www.hhs.gov/ocr** para obtener más información.
- Llame al Departamento de Servicios de Atención de la Salud, Oficina de Derechos Civiles al **1-916-440-7370**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711** (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones).

Si considera que se lo ha discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, puede hacerlo de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos).
- **Por correo postal:** Llame a Servicio a los Miembros y pida que le envíe un formulario.
- **En persona:** Complete un formulario de solicitud/reclamo de beneficios o queja informal en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** o **kp.org/facilities** para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en **kp.org**.
- También puede comunicarse directamente con los coordinadores de derechos civiles de Kaiser Permanente en:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

Si su queja formal es sobre discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-916-440-7370**. Si tiene deficiencias auditivas o del habla, por favor llame al **711** (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas informales están disponibles en

dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención médica o un proveedor, llame a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, tal como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medi-Cal como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador deben pagarse primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de obtener una compensación por los servicios cubiertos de Medicare, de los que Medicare no es el pagador primario.

Cumplimos con la legislación y las regulaciones federales y estatales sobre la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **kp.org/medicare**.

D. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso de los patrimonios de la sucesión testamentaria de ciertos miembros difuntos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de los 55 años de edad. El reembolso incluye el pago por servicio y las primas de atención administrada/pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro era un paciente hospitalizado en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios en el hogar y en la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio de la sucesión testamentaria de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención para la Salud www.dhcs.ca.gov/er o llame al **1-916-650-0590**.

E. Administración de esta Guía para miembros

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Guía para miembros**.

F. Solicitudes y declaraciones

Usted debe completar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el transcurso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Guía para miembros**.

G. Arbitraje obligatorio

La siguiente descripción del arbitraje obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

- Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008; y
- Todos los miembros que estén inscritos en un plan Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008 y que no hayan renunciado expresamente al proceso de arbitraje obligatorio en un plazo de 60 días calendario desde su fecha de vigencia de Senior Advantage.

Para todos los reclamos sujetos a la sección “Arbitraje Obligatorio”, tanto los Demandantes como los Demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida en que esta sección de “Arbitraje vinculante” sea aplicable a los reclamos presentados por las partes asociadas a Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta **Guía para miembros**. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes de Kaiser Permanente.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de, o está relacionado con, una supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté relacionada con esta **Guía para miembros** o con una relación de una Parte asociada al miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un producto o servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil por los centros, o relacionado con la cobertura o prestación de servicios o productos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes asociadas al miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes asociadas al miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los miembros inscritos en esta **Guía para miembros** renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamos no estén sujetos al arbitraje obligatorio:

- Reclamos dentro de la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía.
- Reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre las apelaciones de Medicare).
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección “Arbitraje vinculante”, las “partes de los miembros” incluyen a:

- Un miembro.
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.
- Cualquier persona que manifieste que surge una obligación para con dicha persona en virtud de la relación del miembro con una o más de las partes de Kaiser Permanente.

Las “partes de Kaiser Permanente” incluyen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group.
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes asociadas al miembro.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas.

“Demandante” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las **Normativas de arbitrajes para miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente** (“Reglas de procedimiento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, llame a nuestro Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una petición de arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la petición de arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Notificación de la petición de arbitraje

La Petición de arbitraje deberá notificarse ante Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
373 E. Walnut Street
Pasadena, CA 91188

La notificación de ese demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de \$150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la petición de arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la petición de arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de exoneración de honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Número de árbitros

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de los Demandantes de pagar los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte las Reglas de procedimiento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje vinculante, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar una compensación monetaria por daños mayores a \$200,000.

Si la petición de arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en las Reglas de Procedimiento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y los gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y los gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta sección "Arbitraje vinculante", cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Disposiciones generales

Se deberá abandonar y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de arbitraje para el reclamo, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

La sección “Arbitraje vinculante”, la Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes en el momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan la sección “Arbitraje vinculante”. De acuerdo con la norma que se aplica según las Secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje vinculante” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una parte del miembro y una parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje, o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

H. Asignaciones

Usted no puede ceder esta **Guía para miembros** ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

I. Honorarios y gastos de defensor y abogados

En cualquier disputa entre un miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o hospitales de Kaiser Foundation, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

J. Coordinación de beneficios

Si tiene otro seguro, debe utilizar su otra cobertura en combinación con su cobertura como miembro del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal para pagar la atención que recibe. A esto se le llama "coordinación de beneficios" porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la **Sección Q** de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la **Sección R** de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

K. Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador por tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

L. Guía para miembros que obliga a los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Guía para miembros**, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de todos los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta **Guía para miembros**.

M. Responsabilidad de agencias gubernamentales

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

N. Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.

O. Sin renuncia

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Guía para miembros**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de las disposiciones.

P. Avisos

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si se muda, por favor llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) para indicar su nuevo domicilio.

Q. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY **711**), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

R. Responsabilidad civil de terceros

Los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios.

Nota: Esta sección de “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido por estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, debemos subrogar todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre las ganancias de cualquier acuerdo o dictamen judicial que usted o nosotros obtengamos en contra de un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin que sea necesario iniciar una acción legal, le concederemos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para imponer los intereses, no habrá descuento en la adquisición.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto una reclamación o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de esta reclamación o acción judicial a:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

The Rawlings Group
Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
Fax: **1-502-753-7064**

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, para dar instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted no puede aceptar renunciar a, ceder o reducir los derechos que nos otorga esta disposición sin nuestro previo consentimiento por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

S. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

T. Beneficios por el seguro de los trabajadores o por responsabilidad civil del empleador

La compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la ley de compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador.

U. Embarazo por encargo de terceros

En los casos en que una miembro recibe una compensación monetaria para tener un embarazo por encargo de terceros, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los Cargos del Plan correspondientes a los servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo o el parto. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Capítulo 12: Definición de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos importantes utilizados en esta **Guía para miembros** junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios a los Miembros.

Actividades de la vida diaria (AVD): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de atención que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura presentando una apelación. El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** brinda más información explicativa sobre las apelaciones, incluido cómo presentar una apelación.

Salud del Comportamiento: Término inclusivo que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Coordinador de atención: Una persona principal que trabaja con usted, el plan de salud y sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención individualizado”.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Servicios Opcionales del Plan de Atención (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales de acuerdo con su Plan de Atención Individualizado (Individualized Care Plan, ICP). Estos servicios no están destinados a reemplazar los servicios y apoyos a largo plazo que está autorizado a recibir con Medi-Cal.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de Atención Interdisciplinario”.

Etapas de cobertura para catástrofes: La etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado **\$8,000** para medicamentos cubiertos por Medicare Parte D durante el año. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de Medicare Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. **El Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro de atención que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja: Una declaración escrita o verbal que dice que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio o de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro de atención que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación mayor. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Una cantidad fija que paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento recetado.

Costo compartido: Cantidades que debe pagar cuando obtiene ciertos servicios o medicamentos recetados. El costo compartido incluye los copagos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros**, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados y de venta sin receta (OTC) que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica; los servicios y apoyos a largo plazo; los suministros; los medicamentos recetados; y los equipos, y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencias culturales: Capacitación que brinda instrucciones adicionales a nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC): El departamento estatal de California responsable de regular los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Cancelación de la afiliación: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

Programa de manejo de medicamentos (Drug management program, DMP): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos que, frecuentemente, se consumen de forma abusiva.

Plan elegible dual de necesidades especiales (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que indica su médico para usar en su propia casa. Entre los ejemplos de estos artículos se incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica se define como una situación en la cual usted o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o una disfunción grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Beneficio Adicional: Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a reducir los costos de los medicamentos recetados de Medicare Parte D, tales como las primas, los deducibles y los coseguros. El Beneficio Adicional también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Medicamento de venta con receta que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de medicamento de marca.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye una queja sobre la calidad de la atención recibida o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP): Programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** explica cómo comunicarse con HICAP.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Plan de salud: Organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Revisión de su historial médico y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de salud a domicilio: Persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero titulado o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de salud domiciliaria no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidados paliativos: Programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa se ha certificado desde el punto de vista médico que una persona tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.

Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral al paciente, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Debemos darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inapropiada: Situación en la cual un proveedor (como un médico u hospital) le factura a usted más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicio a los Miembros si recibe facturas que no comprende.

Como miembro del plan, solo paga los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esa cantidad.

Servicios de apoyo para **el hogar** (IHSS): El programa Servicios de apoyo para el hogar (IHSS) ayudará a pagar los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS son una alternativa a la atención fuera del hogar, como centro de adultos mayores y personas con discapacidad o centros de pensión y atención. Los tipos de servicios que se pueden autorizar

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidados de los intestinos y la vejiga, bañarse, cuidado personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Revisión médica independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los DME y los medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Organización de Revisión Independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de Revisión Independiente.

Plan de Atención Individualizado (ICP o Plan de Atención): Un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapas de cobertura inicial: Es la etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de Medicare Parte D alcancen los **\$8,000**. Esto incluye los montos que pagó, lo que pagó nuestro plan en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, de todos modos puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche.

Equipo de atención interdisciplinario (TIC o Equipo de atención): El equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos): Lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Nosotros elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. A la Lista de Medicamentos a veces se le denomina “lista de medicamentos recetados disponibles”.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios comunitarios, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte "Beneficio Adicional".

Programa de pedidos por correo: Quizás algunos planes ofrezcan un programa de pedidos por correo que le permita obtener un suministro para 3 meses de los medicamentos recetados que tiene cubiertos y se los envíen a domicilio. Quizás sea una manera rentable y conveniente de resurtir las recetas que toma frecuentemente.

Medi-Cal: Es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo financian el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) además de los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid para el estado de California.

Necesario desde el punto de vista médico: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También hace referencia a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: Programa federal de cobertura de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud a través de Medicare Original, un plan de atención médica administrada (consulte "Plan de salud").

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como "Medicare Parte C" o "MA," que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de **Medicare** (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Programa de prevención de la diabetes de **Medicare** (MDPP): Un programa para cambios de comportamiento de salud estructurados que proporciona capacitación sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medi-Cal: Persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un afiliado en Medicare-Medicaid también se denomina "miembro con doble elegibilidad".

Medicare Parte A: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los cuidados hospitalarios, centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos necesarios, desde el punto de vista médico.

Medicare Parte B: Programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios, desde el punto de vista médico, para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Medicare Parte C: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA” que permite a las empresas privadas de seguro ofrecer los servicios de Medicare mediante un plan MA.

Medicare Parte D: Programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. Llamamos a este programa "Parte D" para abreviar. Medicare Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Administración de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Un grupo de servicio o servicios distinto, brindado por proveedores de atención médica, como los farmacéuticos, con el propósito de garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el Capítulo 5 de esta Guía para miembros para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Persona con Medicare y Medi-Cal que califica para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Guía para miembros e Información sobre divulgación: Este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, o las cláusulas, que explican su cobertura: lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Servicio a los Miembros: Departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 de esta Guía para miembros para obtener más información sobre el Servicio a los miembros.

Farmacia de la red: Farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención médica, equipo médico, servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a nuestros miembros un monto adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Hogar o centro para ancianos: Un centro que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención domiciliaria, pero tampoco necesitan estar en el hospital.

Defensor general de los derechos del paciente (Ombudsman): Oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué debe hacer. Los servicios del defensor de los derechos del paciente son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de esta **Guía para miembros**.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decida si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización también son llamadas “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de esta **Guía para miembros** explica las decisiones de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): El gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios de tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica, según lo establece el Congreso.

- Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a nuestros miembros. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro de atención fuera de la red: Proveedor o centro de atención que nuestro plan no emplea, no es dueño ni opera, y no tiene contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

El Capítulo 3 de esta **Guía para miembros** brinda una explicación sobre proveedores o centros de atención que están fuera de la red.

Gastos de bolsillo: El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costo de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "costo compartido" anterior.

Medicamentos de venta libre, sin receta (OTC): Los medicamentos de venta sin receta son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud. Consulte en el **Capítulo 4** la información sobre artículos para la salud y el bienestar de venta sin receta.

Parte A: Consulte "Medicare Parte A".

Parte B: Consulte "Medicare Parte B".

Parte C: Consulte "Medicare Parte C".

Parte D: Consulte "Medicare Parte D".

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de Medicare Parte D".

Información médica personal (también llamada información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro **Aviso sobre prácticas de privacidad** para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria (PCP): Médico u otro proveedor que utiliza en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

- Consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para miembros** para obtener información sobre cómo recibir atención de los proveedores de atención primaria.

Autorización previa (PA): Aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la **Lista de medicamentos cubiertos**.

Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE):

Programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y Ortopedia: Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función de una parte interna del cuerpo. Entre ellos, los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos en salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para miembros** para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Herramienta de beneficio en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa o límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Remisión: Un referido es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre referencias en los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para miembros**.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una intervención quirúrgica mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para miembros**.

Servicios sensibles: Servicios relacionados con salud mental o de la conducta, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, abuso sexual y abortos, trastorno por consumo de sustancias, atención para la afirmación del género y violencia en la pareja.

Área de servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si la membresía está limitada por el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

El área de servicios se describe en el **Capítulo 1** a los fines de calcular costos compartidos, inscripción y cancelación de la afiliación. A efectos de obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar dentro de nuestra área de servicio de la región sur de California (consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**).

Parte del costo: Parte de sus costos de atención médica que quizás tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El importe de su parte del costo dependerá de sus ingresos y de sus recursos.

Centro de Enfermería Especializada (SNF): Centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados además de otros servicios de salud relacionados.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas (IV) que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Especialista: médico que atiende una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para miembros** para obtener más información sobre farmacias especializadas.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI):

Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede obtener atención urgente por parte de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red disponibles o no pueda llegar a ellos.

Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**

(TTY 711), de 8 a. m a 8 p. m, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite kp.org/medicare.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas 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 Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) 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 (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) 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:

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

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **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. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សេវាលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíits'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didíits'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

Servicio a los Miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal

TELÉFONO	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org