

2025

Resumen de Beneficios

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) y
Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

H8794_25SB001002ES_M
1302785260_CA0102



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

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Kaiser Permanente Dual Complete. Contiene respuestas a las preguntas más comunes, información importante de contacto, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, así como información sobre sus derechos como miembro de Kaiser Permanente Dual Complete. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.


Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	3
B. Preguntas más comunes (FAQ)	4
C. Lista de servicios cubiertos	12
D. Beneficios cubiertos fuera de Kaiser Permanente Dual Complete.....	32
E. Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal	34
F. Sus derechos como miembro del plan	38
G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado, retrasado o modificado.	40
H. Qué hacer si sospecha un fraude.....	48



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 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. Descargos de responsabilidad


 El presente documento es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Kaiser Permanente Dual Complete para 2025. El presente **Resumen de Beneficios** incluye los siguientes planes:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2

Al inscribirse en uno de nuestros planes mencionados anteriormente, también se le asignará a Kaiser Permanente para obtener su cobertura de atención médica administrada de Medi-Cal.

El presente documento es solo un resumen. Lea la *Guía para Miembros* para conocer la lista completa de beneficios. Para conocer los detalles, consulte la *Guía para Miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web kp.org/eocncal o kp.org/eocscal, o pida una copia a Servicio a los Miembros llamando al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- ❖ Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para conseguir un intérprete, llámenos al **1-800-464-4000** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- ❖ Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- ❖ Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual *Medicare y Usted*. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando 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. Para obtener más información sobre **Medi-Cal**, puede consultar el sitio web del Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Healthcare Services, DHCS) de California (www.dhcs.ca.gov) o comunicarse con la Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. También puede llamar al Defensor General de los Derechos de las personas que cuentan con Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, entre 9:00 a. m. y 5:00 p. m.
- ❖ Este documento está disponible sin costo en árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita.

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

- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada no tiene costo.
- ❖ Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para solicitar lo siguiente:
 - idioma de preferencia además del inglés y otro tipo de formato;
 - una solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones, y
 - el cambio de una solicitud permanente al idioma o formato de preferencia.

B. Preguntas más comunes (FAQ)

La siguiente tabla presenta las preguntas más comunes.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Qué es un plan Medicare-Medi-Cal?</p>	<p>Un plan Medicare-Medi-Cal es un plan de salud que contrata tanto a Medicare como a Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Es para personas de 21 años y mayores, que tienen Medicare Parte A y Parte B, y que son elegibles para Medi-Cal. Un plan Medicare-Medi-Cal es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-term Services and Supports, LTSS) y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores, servicios y apoyos. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en Kaiser Permanente Dual Complete que recibo ahora?</p>	<p>Recibirá la mayoría de los beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente del plan Kaiser Permanente Dual Complete. Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudarán a determinar cuáles servicios cubrirán mejor sus necesidades. Esto quiere decir que algunos de los servicios que recibe hoy en día pueden cambiar en función de sus necesidades y de la evaluación de su médico y su equipo de atención. Asimismo, obtendrá otros beneficios independientes a su plan de salud de la misma forma que lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o del condado como In-Home Supportive Services (IHSS), servicios especializados de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, o servicios de centros regionales.</p> <p>Al inscribirse en Kaiser Permanente Dual Complete, usted y su equipo de atención colaborarán para desarrollar un plan de atención que aborde sus necesidades de salud y apoyo, y refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si toma cualquier medicamento recetado de Medicare Parte D que el plan Kaiser Permanente Dual Complete no cubre normalmente, puede obtener un surtido temporal mientras le ayudamos a realizar la transición a otro medicamento u obtener una excepción para que Kaiser Permanente Dual Complete cubra su medicamento si es necesario por razones médicas. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que acudo hoy en día? (continúa en la página siguiente)</p>	<p>Frecuentemente, ese es el caso. Si sus proveedores (entre ellos, médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otro tipo de proveedores de atención médica) trabajan en Kaiser Permanente Dual Complete y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores que tengan un contrato con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Esto quiere decir que aceptan miembros de nuestro plan para prestarles los servicios que cubre nuestro plan. Debe acudir a los proveedores de la red de Kaiser Permanente Dual Complete. Si usted usa proveedores o farmacias que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios o medicamentos. • Si necesita atención de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede acudir a proveedores externos al plan de Kaiser Permanente Dual Complete. • Para los servicios de Medi-Cal, puede acudir a un proveedor fuera de la red sin una referencia o autorización previa para servicios de emergencia o para ciertos servicios de atención sensible. De igual forma, puede acudir a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área si se encuentra en una zona en la que no operamos. Si necesita servicios de salud 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 nativo estadounidense, puede obtener atención de un Proveedor de Atención Médica Indígena fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que acudo hoy en día? (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con un proveedor fuera de la red de Kaiser Permanente Dual Complete o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de Kaiser Permanente Dual Complete, llame a Servicio a los Miembros para saber cómo mantenerse en comunicación con él y pregunte por la continuidad de la atención de salud. Es posible que pueda seguir acudiendo a su proveedor fuera de la red hasta por 12 meses si reúne los criterios específicos y si el proveedor acepta nuestros términos y condiciones. Debe solicitar la continuidad de la atención de salud dentro de los 30 días a partir de su inscripción. Llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros para obtener más información acerca de los servicios de continuidad de la atención de salud. <p>Para saber si sus médicos pertenecen a la red del plan, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página o lea los directorios de proveedores y farmacias de Kaiser Permanente Dual Complete disponibles en el sitio web del plan en kp.org/directory.</p> <p>Si Kaiser Permanente Dual Complete es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención que cubra sus necesidades.</p>
<p>¿Qué es un coordinador de atención de Kaiser Permanente Dual Complete?</p>	<p>Un coordinador de atención de Kaiser Permanente Dual Complete es la persona principal con la que se comunicará. Esta persona le ayudará a administrar todos sus proveedores y servicios para asegurarse de que reciba lo que necesita.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?</p>	<p>Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) son ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, cocinar y tomar medicamentos. Muchos de estos servicios se prestan en su hogar o en su comunidad, pero pueden brindarse en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad u hospital. En algunos casos, es posible que un condado u otra agencia administre estos servicios, por lo que su coordinador o equipo de atención trabajará con esa agencia.</p>
<p>¿Qué es un Multipurpose Senior Services Program (MSSP)?</p>	<p>Un MSSP brinda una coordinación de atención continua con los proveedores de atención médica más allá de lo que ya ofrece su plan de salud, y puede conectarlo con otros servicios y recursos comunitarios vitales. Este programa le ayuda a obtener servicios que le ayudarán a vivir de forma independiente en su hogar.</p>
<p>¿Qué ocurre si necesito un servicio que nadie en la red de Kaiser Permanente Dual Complete puede proporcionar?</p>	<p>Nuestros proveedores de la red prestarán la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio que no puede prestarse dentro de nuestra red, Kaiser Permanente Dual Complete pagará el costo de un proveedor fuera de la red.</p>
<p>¿Dónde se encuentra disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continúa en la página siguiente)</p>	<p>El área de servicio de estos planes abarca las siguientes regiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete South P1 en nuestra región del Sur de California: <ul style="list-style-type: none"> ○ Todo el condado de Los Ángeles excepto la Isla Catalina. ○ Todo el condado de Orange.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Dónde se encuentra disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Partes del condado de Riverside, solo en estos códigos postales: 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83. ○ Partes del condado de San Bernardino, solo en estos códigos postales: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880. ○ Partes del condado de San Diego, solo en estos códigos postales: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-28, 92029-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93 y 92195-99. ● Para nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2 en nuestra región del Norte de California: <ul style="list-style-type: none"> ○ Todo el condado de Sacramento y San Mateo.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Dónde se encuentra disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Partes del condado de Fresno, solo en estos códigos postales: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888. ○ Partes del condado de Kings, solo en estos códigos postales: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656. ○ Partes del condado de Madera, solo en estos códigos postales: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720. ○ Partes del condado de Santa Clara, solo en estos códigos postales: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196. <p>Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
<p>¿Qué es una autorización previa?</p>	<p>Una autorización previa significa una aprobación de Kaiser Permanente Dual Complete para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios no cubiertos habitualmente por nuestra red antes de que usted reciba los servicios. Si no obtiene una autorización previa, es posible que Kaiser Permanente Dual Complete no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p>No es necesario que obtenga primero la autorización previa si necesita atención de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área. Kaiser Permanente Dual Complete puede ofrecerle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren una autorización previa de Kaiser Permanente Dual Complete antes de que se reciba el servicio. Si tiene preguntas sobre si es obligatorio obtener una autorización previa para algunos servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página para recibir ayuda.</p>
<p>¿Qué es una referencia?</p>	<p>Una referencia significa que su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) debe darle su aprobación para acudir a alguien que no sea su PCP. Una referencia es diferente a una autorización previa. Si no obtiene una referencia de un proveedor de la red para un servicio que requiera una referencia, es posible que Kaiser Permanente Dual Complete no cubra los servicios. Kaiser Permanente Dual Complete puede ofrecerle una lista de servicios que requieren una referencia de su PCP antes de que se reciba el servicio.</p> <p>Consulte la <i>Guía para Miembros</i>, capítulos 3 y 4, para conocer más sobre lo que necesitará para obtener una referencia de su PCP.</p>
<p>¿Debo pagar un importe mensual (también llamado prima) en Kaiser Permanente Dual Complete?</p>	<p>No. Dado que cuenta con Medi-Cal, no pagará ninguna prima mensual, que incluye su prima de Medicare Parte B, por su cobertura de salud.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Preguntas Más Comunes	Respuestas
¿Debo pagar un deducible como miembro de Kaiser Permanente Dual Complete?	No. En Kaiser Permanente Dual Complete, no paga deducibles.
¿Cuáles son los gastos máximos de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de Kaiser Permanente Dual Complete?	No se aplica ningún costo compartido a los servicios médicos en Kaiser Permanente Dual Complete, por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de \$0.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla resume los servicios que podría necesitar, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continúa en la página siguiente)	Hospitalización	\$0	No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico. Se requiere una referencia y una autorización previa.
	Atención médica o quirúrgica	\$0	
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	\$0	



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria (continuación)	Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0	
Quiere un médico (continúa en la página siguiente)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Atención especializada	\$0	Se requiere una referencia para la mayoría de los especialistas. Consulte su <i>Guía para Miembros</i> para encontrar una lista de los servicios que no requieren una referencia.
	Visitas para el bienestar, como un examen físico	\$0	<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>Su primera visita para el bienestar anual no puede realizarse en los 12 meses siguientes a su consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de "Bienvenido a Medicare" para que se cubran sus visitas para el bienestar anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Quiere un médico (continuación)	Atención para evitar que se enferme, como vacunas contra la gripe (influenza) y pruebas de detección de cáncer	\$0	Los siguientes servicios de atención preventiva requieren una referencia: exámenes de detección de aneurisma de la aorta abdominal, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección, evaluación de densidad ósea y pruebas de laboratorio.
	"Bienvenido a Medicare" (una sola consulta preventiva)	\$0	Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita, coménteles al médico que desea programar la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita atención de emergencia (continúa en la página siguiente)</p>	<p>Servicios de la sala de emergencias</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0 si es elegible para recibir asistencia en el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal. De lo contrario, \$0 por visita al Departamento de Emergencias si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete South P1 o \$110 por visita al Departamento de Emergencias si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete North P2.</p> <p>Tiene cobertura para la atención de emergencia en todo el mundo. No se necesita autorización previa. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se establezca su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención se siga cubriendo o debe obtener la autorización de nuestro plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención de emergencia (continuación)	Atención de urgencia	\$0	<p>No se necesita autorización previa. La atención de urgencia se cubre fuera de la red como se indica a continuación:</p> <p>Dentro de nuestra área de servicio: debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible temporalmente o sea inaccesible debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre grave).</p> <p>Fuera de nuestra área de servicio: usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y si cree razonablemente que su salud podría deteriorarse gravemente si retrasa el tratamiento hasta volver a nuestra área de servicio.</p>
Necesita pruebas médicas (continúa en la página siguiente)	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, rayos X u otros servicios de imágenes diagnósticas, como tomografías axiales computarizadas TAC o imágenes por resonancia magnética)	\$0	Se requiere referencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita pruebas médicas (continuación)	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Se requiere referencia.
Necesita servicios de audición o acústicos	Exámenes auditivos	\$0	Se requiere referencia.
	Audífonos	\$0	Se requiere referencia. Los audífonos están cubiertos según las normas de cobertura de Medi-Cal.
Necesita atención dental (continúa en la página siguiente)	Revisiones dentales y atención preventiva	\$0	<p>Los beneficios dentales están disponibles a través de Dental Fee-for-Service (FFS) o Dental Managed Care (DMC) de Medi-Cal, según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con:</p> <p>Dental FFS: llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite smilecalifornia.org.</p> <p>DMC en los condados de Los Ángeles y Sacramento: llame al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o visite dental.dhcs.ca.gov/.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención dental (continuación)	Atención dental de emergencia o de restauración	\$0	<p>Los beneficios dentales están disponibles a través de Dental Fee-for-Service (FFS) o Dental Managed Care (DMC) de Medi-Cal, según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con:</p> <p>Dental FFS: llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite smilecalifornia.org.</p> <p>DMC en los condados de Los Ángeles y Sacramento: llame al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o visite dental.dhcs.ca.gov/.</p>
Necesita cuidado de los ojos (continúa en la página siguiente)	Exámenes de los ojos	\$0	Se requiere una referencia a oftalmología.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	<p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 hasta el límite de Medicare, pero debe pagar cualquier importe que exceda ese límite.</p> <p>Otros artículos para la visión (asignación de \$350 cada 12 meses) a través de su cobertura de Medicare: si su artículo para la visión cuesta más de \$350, usted pagará la diferencia.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita cuidado de los ojos (continuación)			Medi-Cal también cubre armazones nuevos o de repuesto que cuesten \$80 o menos, cada 24 meses. Los lentes para anteojos nuevos o de reemplazo los proporciona un proveedor de lentes para anteojos del DHCS. Si desea lentes para anteojos o características que no cubre Medi-Cal, es posible que deba pagar más por esos cambios . Pida más información a un centro óptico del plan.
	Otros cuidados de la vista	\$0	Se cubren los dispositivos para baja visión conforme a las normas del programa Medi-Cal.
Necesita servicios de salud mental (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud mental	\$0	Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios están cubiertos. Además, tiene cobertura de servicios de salud mental especializados que no están cubiertos por Medicare mediante su plan de salud del comportamiento del condado.
	Atención a pacientes ambulatorios y hospitalizados, así como servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios están cubiertos. Es posible que reúna los requisitos para obtener servicios comunitarios a través de Medi-Cal. Pregunte a su coordinador de atención para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita servicios de salud mental (continuación)			Tiene cobertura de servicios de salud mental especializados que no están cubiertos por Medicare mediante su plan de salud del comportamiento del condado.
Necesita servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias (continúa en la página siguiente)	Servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias	\$0	<p>Están cubiertos los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se mencionan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación y asesoramiento por consumo indebido de alcohol • tratamiento para abuso de sustancias • asesoramiento individual o grupal por parte de un profesional clínico de salud calificado, incluido un terapeuta de pareja y de familia • desintoxicación subaguda en un programa residencial para adicciones • servicios por consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento para pacientes externos • tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias (continuación)			Tiene cobertura de servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias que no están cubiertos por Medicare mediante su plan de salud del comportamiento del condado.
Necesita un lugar para vivir con gente dispuesta a ayudarle	Atención de enfermería especializada	\$0	Se requiere una referencia y una autorización previa.
	Atención en un centro de adultos mayores	\$0	
	Cuidado temporal para adultos y cuidado temporal para grupos de adultos	\$0	
Necesita terapia después de un ataque cerebral o accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Se requiere referencia.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para acudir a los servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, \$50 por viaje de ida o vuelta si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete South P1 o \$325 por viaje de ida o vuelta si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete North P2.
	Transporte de emergencia	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, \$50 por viaje de ida o vuelta si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete South P1 o \$325 por viaje de ida o vuelta si está inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete North P2.
	Transporte a las citas y servicios médicos	\$0	Medi-Cal cubre el transporte médico que no es de emergencia (se requiere referencia) y el transporte no médico para ayudarle a acudir a las citas y a la farmacia cuando no tiene forma de llegar. Paga el copago de ambulancia cuando necesite servicios de ambulancia que no sean de emergencia (consulte la sección "Servicios de ambulancia" que aparece anteriormente).



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)</p>	<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B</p>	<p>\$0</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B son los que le entrega su médico en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer, así como algunos medicamentos que se utilizan con cierto equipo médico. Lea la <i>Guía para Miembros</i> para obtener más información sobre estos medicamentos.</p>
	<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte D</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos</p> <p>Nivel 2: Genéricos</p> <p>Nivel 3: De marca preferidos</p> <p>Nivel 4: No preferidos</p> <p>Nivel 5: Especializados</p>	<p>Niveles 1 al 2: Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$4.90 por medicamento recetado, dependiendo del nivel de ayuda que reciba del programa “Extra Help”.</p> <p>Niveles 3 al 5: Su copago por un mes (suministro para hasta 30 días) es de \$0 a \$12.15 por medicamento recetado, dependiendo del nivel de ayuda que reciba del programa “Extra Help”.</p>	<p>Existen limitaciones en los tipos de medicamentos que se cubren. Consulte la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de Kaiser Permanente Dual Complete para obtener más información.</p> <p>Cuando usted u otros en su nombre paguen \$2,000, habrá alcanzado la etapa de cobertura para catástrofes y usted paga \$0 por todos sus medicamentos Medicare Parte D por el resto del año calendario. Lea la <i>Guía para Miembros</i> para obtener más información sobre esta etapa.</p> <p>Un suministro a largo plazo (hasta 100 días o tres meses) puede estar disponible en una farmacia minorista o en nuestra farmacia de pedidos por correo. El costo compartido de un suministro a largo plazo es el mismo que el de un suministro para un mes. No todos los medicamentos están disponibles a través del servicio de pedido por correo.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</p>	<p>Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC)</p>	<p>\$0 para las terapias de reemplazo de nicotina en las farmacias de la red.</p> <p>\$0 para otros artículos OTC de nuestro catálogo de OTC, sujeto al límite de beneficios del plan.</p>	<p>Cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para su uso sin receta. Los artículos deben ser solicitados por un proveedor de la red y obtenerse en una farmacia de la red. Proporcionaremos un suministro de hasta 100 días dos veces durante el año calendario.</p> <p>También cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para la entrega a domicilio sin costo. Usted puede ordenar artículos OTC hasta el límite trimestral del beneficio de su plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 si se inscribe en nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete South P1. • \$140 si se inscribe en nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2. <p>Cada pedido debe ser de \$25 como mínimo. Su pedido no puede exceder el límite trimestral de su beneficio. La parte que no se utilice del límite trimestral del beneficio no pasa al siguiente trimestre. (El límite de su beneficio se restaura el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre).</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)</p>			<p>Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/ca. Puede hacer su pedido por teléfono o solicitar que se le envíe por correo un catálogo impreso llamando al 1-833-569-2360 (TTY 711), de 7 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes.</p> <p>Es posible que cuente con cobertura adicional para algunos artículos OTC que cubre Medi-Cal a través del programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame a 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 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>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	
	Equipo médico para recibir atención en el hogar	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, paga un coseguro del 0 al 20 %, según el artículo, excepto para medidores de flujo máximo y equipos de fototerapia con luz ultravioleta, en cuyo caso paga \$0. Se necesita autorización previa.
	Servicios de diálisis	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 20 %.
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología	\$0	Se requiere referencia.
	Servicios ortopédicos	\$0	Se necesita autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)	Sillas de ruedas, muletas y andaderas	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 20 %. Se necesita autorización previa.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
<p>Nota: Esta no es una lista completa del DME que se cubre. Para ver la lista completa, comuníquese con Servicio a los Miembros o consulte el capítulo 4 de la <i>Guía para Miembros</i>.</p>	Nebulizadores	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 20 %. Se necesita autorización previa.
	Equipo y suministro de oxígeno	\$0	Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal, usted paga \$0. De lo contrario, usted paga un coseguro del 20 %. Se necesita autorización previa.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud domiciliaria	\$0	Se requiere referencia.
	Servicios domésticos, como aseo o limpieza interna, o realizar modificaciones en el hogar, como barras de apoyo	\$0	<p>Los Apoyos Comunitarios son servicios o entornos adecuados, rentables y alternativos a los que cubre Medi-Cal. Si reúne los requisitos, los Apoyos Comunitarios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. Estos servicios no reemplazan los beneficios que ya tiene en Medi-Cal. No están disponibles en todas las áreas. No todos los miembros califican para recibir los Apoyos Comunitarios. Para calificar, debe reunir criterios específicos. Para obtener más información sobre los Apoyos Comunitarios, hable con su PCP o llame a Servicio a los Miembros.</p>
	Cuidado de salud diurno para adultos, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) u otros servicios de apoyo	\$0	<p>El Servicio para Adultos Basado en la Comunidad (CBAS) es un servicio al que puede ser elegible si tiene problemas de salud que hacen que cuidar de usted mismo sea difícil y necesita ayuda adicional. Para obtener más información sobre los servicios de CBAS, consulte a su coordinador de atención.</p>
	Servicios de rehabilitación diurna	\$0	



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación)	Servicios que le ayudan a vivir por su cuenta (servicios de atención de salud domiciliaria o servicios de un asistente de cuidado personal)	\$0	Cubrimos los servicios de salud domiciliaria que se describen en la sección “Servicios de salud domiciliaria” anterior. Además, puede ser elegible para recibir In-Home Support Services o servicios de exención basados en el hogar y la comunidad con su cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información sobre estos servicios, llame a su coordinador de atención.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	\$0	<p>Cubrimos los ajustes a la espina dorsal para corregir la postura. Estos servicios cubiertos por Medicare los proporciona un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de los quiroprácticos de la red, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias. Se necesita autorización previa. Los miembros del Norte de California necesitan una referencia.</p> <p>Es posible que Medi-Cal cubra los servicios quiroprácticos que se reciben en un Centro de Salud Con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC) en la red de Kaiser Permanente. Es posible que se necesite una referencia para obtener los servicios de un FQHC y una RHC. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHC), llame a Servicio a los Miembros.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	
	Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™	\$0	<p>Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente One Pass. One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Una extensa red básica y prémium de gimnasios que incluye centros de acondicionamiento físico nacionales, locales y comunitarios, y estudios de acondicionamiento físico selectos. Puede utilizar cualquier ubicación dentro de la red. ○ Programas en vivo, en cualquier momento o digitales de acondicionamiento físico en su hogar. ○ Clubes sociales y actividades disponibles en el sitio web para miembros o en la aplicación móvil One Pass. ○ Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile. ○ Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Necesidad o inquietud de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos si acude a proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información de los beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.
	Comidas con entrega a domicilio	\$0	Con Medi-Cal, es posible que califique para obtener comidas con entrega a domicilio mediante los Apoyos Comunitarios. Los Apoyos Comunitarios no están disponibles en todas las áreas y debe reunir ciertos criterios de elegibilidad para recibirlos. Pregunte a su médico para obtener más información sobre los Apoyos Comunitarios de Medi-Cal.
	Servicios protésicos	\$0	Se necesita autorización previa.
	Radioterapia	\$0	Se requiere referencia.
	Servicios para controlar su enfermedad	\$0	



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

El resumen de beneficios anterior se presenta para fines informativos y no se considera una lista completa de los beneficios. Para obtener una lista completa y recibir más información sobre sus beneficios, puede leer la *Guía para Miembros* de Kaiser Permanente Dual Complete.

Si no cuenta con una *Guía para Miembros*, llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete al número que aparece al final de esta página para obtener una. Si tiene alguna pregunta, también puede llamar a Servicio a los Miembros o visitar kp.org/medicare.

D. Beneficios cubiertos fuera de Kaiser Permanente Dual Complete

Hay algunos servicios que puede obtener que no cubre Kaiser Permanente Dual Complete, pero que cubre Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página para obtener información sobre estos servicios.

Otros servicios que cubre Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal	Sus costos
Algunos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de Kaiser Permanente Dual Complete	\$0
Rehabilitación psicosocial	\$0
Administración específica de casos	\$0
Habitación y alimentación en un hogar de descanso	\$0
Programa de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Medi-Cal Rx	\$0



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Otros servicios que cubre Medicare, Medi-Cal o una agencia estatal	Sus costos
<p>Ciertos servicios dentales</p> <p>Los beneficios dentales están disponibles a través del pago por servicio (FFS) dental de Medi-Cal o los programas de atención dental administrada (DMC), según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dental FFS: llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite smilecalifornia.org. ○ DMC en los condados de Los Ángeles y Sacramento: llame al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o visite dental.dhcs.ca.gov/. 	\$0
Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias	\$0
Servicios de salud mental especializados	\$0
In-Home Support Services	\$0
Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad	\$0
Multipurpose Senior Services Program	\$0
Servicios en centros regionales que cubre Medi-Cal	\$0



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

E. Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página para obtener información sobre los demás servicios excluidos.

Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal	
<p>Ciertos exámenes y servicios necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none">• para conseguir o conservar un trabajo;• para obtener un seguro;• para obtener cualquier tipo de licencia;• por orden judicial o para libertad condicional o periodo de prueba.	<p>Esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.</p>
<p>Equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo. Estos artículos abarcan los que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un miembro, de un familiar del miembro o del proveedor de atención médica del miembro.</p>	<p>Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche de minoristas que se les proporcionan a las mujeres después de un embarazo. Esta exclusión no se aplica a los artículos que se aprueban para usted por medio de los Apoyos Comunitarios.</p>
<p>Servicios estéticos. Servicios para cambiar su aspecto (incluida la cirugía en partes normales de su cuerpo para cambiar su aspecto).</p>	<p>Esta exclusión no se aplica a los aparatos protésicos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none">• implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva con cobertura• prótesis de seno necesarias después de una mastectomía o tumorectomía• prótesis para reemplazar la totalidad o parte de una parte externa de la cara



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal

Servicios experimentales	Los servicios experimentales son medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se están probando en un laboratorio o en animales, pero que no están listos para ser probados en humanos, excepto como un estudio de investigación clínica cubierto que se describe en la <i>Guía para Miembros</i> .
Artículos y servicios que no son para la atención médica	A menos que se aprueben mediante su cobertura de Medi-Cal en el programa In Lieu of Services o como equipo médico duradero
Servicios y artículos para promover, evitar o tratar de alguna forma la pérdida del cabello o favorecer su crecimiento.	
Servicios de terapia de masajes	Esta exclusión no se aplica a los servicios de terapia que forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia.
Enfermero privado o atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	
Cuidado rutinario de los pies y servicios que no cubre Medicare	
Servicios que se consideren “no razonables ni necesarios médicamente” según los estándares de Medicare y Medi-Cal	A menos que se enumeren como servicios cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero que están cubiertos por nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal

<p>Servicios sin aprobación de la Administración federal de Alimentos y Medicamentos</p>	<p>No cubrimos medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos ni ningún otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones: servicios de emergencia cubiertos que se reciban en Canadá o México, servicios cubiertos como ensayos clínicos y servicios que se prestan como parte de los servicios de investigación cubiertos.</p>
<p>Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA).</p>	<p>Sin embargo, si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de costo compartido, si corresponde.</p>
<p>Cuando un servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los servicios relacionados con ese servicio no cubierto.</p>	<p>Esta exclusión no se aplica al tratamiento de las complicaciones derivadas de los servicios no cubiertos, si dichas complicaciones estuvieran cubiertas de otro modo. Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética sin cobertura, no cubriremos los servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos cualquier servicio necesario para tratar la complicación, siempre y cuando los servicios estén cubiertos conforme a la <i>Guía para Miembros</i>.</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal

Servicios de atención personal que no son necesarios desde el punto de vista médico, como ayuda con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y tomar medicamentos)

Esta exclusión no se aplica a la asistencia con actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en las siguientes secciones:

- cuidados paliativos y para enfermos terminales
- servicios y apoyo a largo plazo
- atención en centros de enfermería especializada/de atención intermedia o subaguda
- Apoyos Comunitarios

Reversión de la esterilización

Servicios de personas no tituladas. Estos servicios abarcan los que realizan de forma segura y eficaz 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 titulado.

Esta exclusión no se aplica a los siguientes casos:

- Apoyos Comunitarios cubiertos y aprobados para usted
- servicios de doulas cubiertos
- servicios de trabajadores de la salud de la comunidad cubiertos



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de Kaiser Permanente Dual Complete, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer cualquier derecho sin sufrir represalias. También puede usar estos derechos sin perder sus servicios de atención para la salud. Le informaremos sus derechos una vez al año como mínimo. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Guía para Miembros*. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Tiene el derecho al respeto, la equidad y la dignidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Obtener los servicios cubiertos sin importar la condición médica, el estado de salud, la recepción de servicios de la salud, la experiencia en reclamaciones, el historial médico, la discapacidad (incluida la discapacidad mental), el estado civil, la edad, el sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), la orientación sexual, el país de origen, la etnia, el color, la religión, el credo o la asistencia pública.
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o audio) de forma gratuita.
 - Estar libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento.
- **Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe presentarse en un idioma y forma que usted pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información acerca de lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo obtener estos servicios.
 - Cuánto le costarán estos servicios.
 - Nombre de los proveedores de atención médica.
- **Tiene el derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento del año.
 - Acudir a un proveedor de atención médica de mujeres sin una referencia.
 - Obtener rápidamente los servicios y medicamentos cubiertos.
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de su costo o de si están cubiertas.
 - Rechazar el tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica lo desaconseja.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Detener la toma de medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica lo desaconseja.
- Pedir una segunda opinión. Kaiser Permanente Dual Complete pagará el costo de la consulta para la segunda opinión.
- Hacer constar sus deseos de atención médica en un documento de instrucciones anticipadas.
- **Tiene derecho a un acceso oportuno a la atención sin barreras de comunicación o de acceso físico.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Obtener atención médica a tiempo.
 - Entrar y salir del consultorio del proveedor de atención médica. Esto significa un acceso sin barreras para las personas con discapacidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - Disponer de intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención médica y su plan de salud.
- **Tiene derecho a buscar atención de urgencia y de emergencia cuando la necesite.** Es decir, tiene el derecho a lo siguiente:
 - Obtener servicios de emergencia sin autorización previa en caso de emergencia.
 - Recurrir a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Pedir y obtener una copia de su historia clínica de manera que pueda entenderlo y pedir que se modifique o corrija.
 - Que su información médica personal se mantenga privada.
- **Tiene derecho a presentar una queja informal o a apelar un servicio denegado, retrasado o modificado, consulte la sección G a continuación.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
 - Presentar una queja informal o formal contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Apelar ciertas decisiones que tomemos o que tomen nuestros proveedores.
 - Presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California a través de una línea telefónica gratuita (1-888-466-2219), o de una línea de teléfono de texto (1-877-688-9891) para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del DMHC (www.dmhc.ca.gov) podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones en línea.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

- Pedir al DMHC una IMR de los servicios o artículos de Medi-Cal considerados médicos por naturaleza.
- Solicitar una audiencia estatal.
- Obtener una razón detallada de por qué se denegaron los servicios y solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar la decisión.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Guía para Miembros*. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete al número que aparece en la parte inferior de esta página.

También puede llamar al Defensor General de los Derechos de las personas que cuentan con Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, entre 9:00 a. m. y 5:00 p. m.; o a la Oficina de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado, retrasado o modificado.

Si tiene una queja o cree que Kaiser Permanente Dual Complete denegó, retrasó o modificó indebidamente un servicio, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas informales y apelaciones, puede leer el **capítulo 9** de la *Guía para Miembros*. También puede llamar a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete al número que aparece en la parte inferior de esta página.

Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la 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 pagaremos por sus servicios de salud.

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 está en desacuerdo con la decisión.

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 dentro de nuestro plan. También puede presentar una **queja informal** sobre la calidad de la atención



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para solicitar ayuda. Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Ombuds Program llamando al **1-888-452-8609**. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.

LLAME AL	<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 sin costo para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada tal como se describe en la <i>Guía para Miembros</i>, 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.</p>
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 de cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252.</p>
ESCRIBA A	<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 que se muestra en la notificación de denegación que le enviamos.</p> <p>Si su decisión de cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, escriba a:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

**SITIO
WEB**

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de Medicare es una decisión sobre lo siguiente:

- sus beneficios y medicamentos cubiertos por Medicare; o
- el monto que pagamos por sus medicamentos de Medicare.

LLAME AL	1-877-645-1282 Esta llamada es gratuita. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
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
ESCRIBA A	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	kp.org



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera de solicitarnos cambiar una decisión de cobertura.

LLAME AL	1-866-206-2973 La llamada es gratis. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 La llamada es gratis. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-206-2974
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Quejas relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados de Medicare. Si su queja es sobre una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos recetados de Medicare, puede presentar una apelación (consulte "Apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D" en la sección anterior).

LLAME AL	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 una decisión acelerada. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada no tiene costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974 .
ESCRIBA A	Para presentar una queja informal estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para obtener ubicaciones). Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, escriba a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan. Comuníquese con Livanta para recibir ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - considera que su hospitalización termina demasiado pronto; o
 - considera que los servicios de atención médica a domicilio, los servicios de atención brindada en un centro de enfermería especializada o los servicios proporcionados en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan demasiado pronto.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	711
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Departamento de Atención Administrada de la Salud de California

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California es el responsable de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas informales sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME AL	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC se encuentran disponibles en un horario de 8:00 a. m. a 6:00 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.
ESCRIBA A	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

Asimismo, puede presentar un formulario de revisión médica independiente o de quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para que revisen nuestra decisión o solicitar una revisión médica independiente (IMR) al DMHC. Durante la IMR del DMHC, un médico externo que no forma parte de Kaiser Permanente revisará su caso. El número de teléfono de la línea gratuita del DMHC es **(1-888-466-2219)** y la línea TTY para las personas con deficiencias auditivas o del habla es **(1-877-688-9891)**. Puede encontrar el formulario de revisión médica independiente o de quejas y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov**.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

H. Qué hacer si sospecha un fraude

La mayoría de las organizaciones y los profesionales de la salud que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, es posible que haya algunos que no lo son.

Si considera que un médico, hospital o farmacia está haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete. El número de teléfono se encuentra al final de esta página.
- O bien, llame al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

❖ Si tiene preguntas generales sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de identificación de miembro, llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete:

1-800-443-0815 (TTY 711).

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 de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.



Si tiene alguna pregunta, por favor 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite kp.org/medicare.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de 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, tales como:
 - ◆ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. 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 proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

a los Miembros para informars sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit/Claim Request) 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**.

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

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

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

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

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

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. These services are free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY`711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。以上服務為免費提供。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-800-443-0815** (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815** (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu **1-800-443-0815** (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815** (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືງູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ
1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប
និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید.
کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره
1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815 (TTY 711)**
'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ
ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер
1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги
для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом
Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер **1-800-443-0815 (TTY 711)**.
Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Estos servicios no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyonang ito

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.