

Resumen de Beneficios para 2027

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

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)

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

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

H8794_27SBSNPES_M
4383476027_CA-SNP_ES



Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios que cubre Kaiser Permanente Dual Complete. Contiene respuestas a las preguntas más comunes, información de contacto importante, 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 (Member Handbook)*.

Índice

A. Exención de Responsabilidad	3
B. Preguntas más comunes.....	10
C. Lista de servicios cubiertos	18
D. Beneficios cubiertos fuera de Kaiser Permanente Dual Complete.....	37
E. Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal	38
F. Sus derechos como miembro del plan.....	40
G. Cómo presentar una queja informal o apelar un servicio denegado, retrasado o modificado	42
H. Qué hacer si tiene sospechas de fraude	48



A. Exención de Responsabilidad



El presente documento es un resumen de los servicios de salud que cubrirá Kaiser Permanente Dual Complete para 2027. El presente **Resumen de Beneficios** incluye los siguientes planes:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25

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.

Este 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/eocnca o kp.org/eocscal (haga clic en “Español”) o pida una copia a Servicios 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.



Si tiene preguntas, 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.

- ❖ **Solo para los miembros del Sur de California:** el beneficio de alimentos saludables es parte de un programa suplementario especial para las personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben tener afecciones crónicas específicas, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. Existen otras afecciones que podrían hacer que califique para recibir el beneficio. La elegibilidad para recibir este beneficio no está garantizada solo por su afección. Antes de que se conceda el beneficio, se deben cumplir todos los criterios de elegibilidad correspondientes. Para obtener más información, por favor, comuníquese con nosotros.
- ❖ Los proveedores fuera de la red o que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratar a miembros del Plan, salvo en determinadas situaciones de emergencia. Por favor, llame a nuestro número de Servicio a los Miembros o consulte su *Guía para Miembros* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica para los servicios fuera de la red.
- ❖ Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de 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 la guía *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 (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 visitar el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de California (Department of Healthcare Services, DHCS) (www.dhcs.ca.gov/) o llamar a la Oficina General de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede llamar al Defensor General de los Derechos del Paciente especial para personas que tienen Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m.
- ❖ Este documento está disponible sin costo en árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 of charge.



Si tiene preguntas, 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.

ARABIC

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

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՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Չանգահարեք 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)。殘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。

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।



HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई 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 दी जाती 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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hhangv meih qiex zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិម
សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ
និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប
និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។



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.

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 лиц 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 son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.



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 є безкоштовними.

VIETNAMESE

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

- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille, archivo de audio o en archivo 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 es gratuita.
- ❖ Llame a Servicio 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 que prefiere aparte de inglés u otro formato;
 - una solicitud abierta para correspondencias y comunicaciones futuras; y
 - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.



Si tiene preguntas, 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.

B. Preguntas más comunes

La siguiente tabla presenta las preguntas más comunes.

Preguntas más comunes	Respuestas
¿Qué es un plan Medi-Medi?	Un plan Medi-Medi es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Está dirigido para personas de 21 años o más. Un plan Medi-Medi 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.
¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medi-Cal en Kaiser Permanente Dual Complete que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de los beneficios cubiertos de Medicare y Medi-Cal directamente del plan Kaiser Permanente Dual Complete. Trabjará 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 Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS), servicios especializados de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, o servicios de centros regionales. 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. Si toma cualquier medicamento de Medicare Parte D que 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 desde el punto de vista médico. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al número que se menciona 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), 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
¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que acudo hoy en día? (continúa en la siguiente página)	Por lo general, ese es el caso. Si sus proveedores (entre ellos, médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otro tipo de proveedores de atención médica) trabajan con Kaiser Permanente Dual Complete y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos. • Los proveedores que tengan un contrato con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red son participantes de 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 acude a 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 un referido o autorización previa para recibir 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 un referido 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 un referido. • 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 hasta 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



Preguntas más comunes	Respuestas
¿Puedo consultar a los mismos médicos a los que acudo hoy en día? (continuación de la página anterior)	Servicio a los Miembros para obtener más información acerca de los servicios de continuidad de la atención de salud. Para saber si sus médicos pertenecen a la red del plan, llame a Servicio a los Miembros al número que se menciona en la parte inferior 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 (haga clic en “Español”). Si Kaiser Permanente Dual Complete es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un plan de atención que cubra sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de atención de Kaiser Permanente Dual Complete?	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.
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?	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.
¿Qué es un Programa multipropósito para personas de edad avanzada (MSSP)?	Un Programa multipropósito para personas de edad avanzada (Multipurpose Senior Services Program, 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 conectarle 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.
¿Qué ocurre si necesito un servicio que nadie en la red de Kaiser Permanente Dual Complete puede proporcionar?	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.



Si tiene preguntas, 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
¿Dónde está disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continúa en la siguiente página)	El área de servicio de estos planes abarca las siguientes regiones: Nuestra región del Sur de California incluye los siguientes planes South: • Kaiser Permanente Dual Complete South P1 Plan, que incluye únicamente los siguientes códigos postales del condado de San Diego: ○ 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. • Kaiser Permanente Dual Complete South P6 Plan, que incluye: ○ Partes del condado de Riverside, solo en estos códigos postales: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–92255, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 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.



Preguntas más comunes	Respuestas
¿Dónde está disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continúa en la siguiente página)	• Kaiser Permanente Dual Complete South P7 Plan, que incluye únicamente los siguientes códigos postales del condado de Kern: ○ 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61 y 93581. • Kaiser Permanente Dual Complete South P9 Plan, que incluye todo el condado de Los Ángeles, a excepción de la Isla Catalina. • Kaiser Permanente Dual Complete South P10 Plan, que incluye todo el condado de Orange. • Kaiser Permanente Dual Complete South P11 Plan, que incluye únicamente los siguientes códigos postales del condado de San Ventura: ○ 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099 y 93252. Nuestra región del Norte de California incluye los siguientes planes North: • Kaiser Permanente Dual Complete North P2 Plan, que incluye estos condados: ○ Todo el condado de Sacramento. ○ El condado de Amador, solo en estos códigos postales: 95640 y 95669. ○ El condado de El Dorado, solo en estos códigos postales: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762. • Kaiser Permanente Dual Complete North P16 Plan, que incluye todo el condado de Alameda. • Kaiser Permanente Dual Complete North P17 Plan, que incluye todo el condado de Contra Costa.



Si tiene preguntas, 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
¿Dónde está disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continúa en la siguiente página)	• Kaiser Permanente Dual Complete North P18 Plan, que incluye los siguientes condados: ○ 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. ○ Condado de Kings, solo en estos códigos postales: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656. ○ Condado de Madera, solo en estos códigos postales: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720. ○ Condado de Mariposa, solo en estos códigos postales: 93601, 93623 y 93653. ○ Condado de Tulare, solo en estos códigos postales: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673. • Kaiser Permanente Dual Complete North P19 Plan incluye todo el condado de San Francisco. • Kaiser Permanente Dual Complete North P20 Plan, que incluye los condados de San Joaquin y Stanislaus en su totalidad. • Kaiser Permanente Dual Complete North P21 Plan, que incluye todo el condado de Santa Cruz. • Kaiser Permanente Dual Complete North P22 Plan, que incluye todo el condado de San Mateo.



Preguntas más comunes	Respuestas
¿Dónde está disponible Kaiser Permanente Dual Complete? (continuación de la página anterior)	• Kaiser Permanente Dual Complete North P23 Plan, que incluye únicamente los siguientes códigos postales del condado de Santa Clara: ○ 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. • Kaiser Permanente Dual Complete North P24 Plan que incluye estos condados: ○ Condado de Placer, solo en estos códigos postales: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47 y 95765. ○ Condado de Yolo, solo en estos códigos postales: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776 y 95798–99. ○ Condado de Yuba, solo en estos códigos postales: 95692, 95903 y 95961. • Kaiser Permanente Dual Complete North P25 Plan que incluye los siguientes condados: ○ Los condados de Marin, Napa y Solano en su totalidad. ○ Condado de Sonoma, solo en estos códigos postales: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87 y 95492. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.



Preguntas más comunes	Respuestas
¿Qué es una autorización previa?	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. 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 se menciona en la parte inferior de esta página para recibir ayuda.
¿Qué es un referido?	Un referido significa que su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) debe darle su aprobación para acudir a alguien que no sea su PCP. Un referido es diferente a una autorización previa. Si no obtiene un referido de su PCP, es posible que Kaiser Permanente Dual Complete no cubra los servicios. Kaiser Permanente Dual Complete puede ofrecerle una lista de servicios que requieren un referido de su PCP antes de que se reciba el servicio. Consulte la <i>Guía para Miembros</i>, capítulos 3 y 4, para conocer más sobre lo que necesitará para obtener un referido de su PCP.
¿Debo pagar un importe mensual (también llamado “prima”) en Kaiser Permanente Dual Complete?	No. Dado que cuenta con Medi-Cal, no pagará ninguna prima mensual, incluida su prima de Medicare Parte B, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como miembro de Kaiser Permanente Dual Complete?	No. En Kaiser Permanente Dual Complete, no paga deducibles.



Si tiene preguntas, 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
¿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.
¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medi-Cal completo?	Si se encuentra en el período de 4 meses de elegibilidad continuada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios que estén cubiertos por el plan Medicare Advantage, y su costo compartido cambiará tal y como se describe en la <i>Guía para Miembros</i> . Durante este tiempo, sus beneficios de Medi-Cal no estarán cubiertos.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla resume los servicios que podría necesitar, sus costos y las reglas sobre 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 sobre los beneficios)
Necesita atención en el hospital	Hospitalización	\$0	Se requiere un referido. Se requiere una autorización previa para trasplantes para los miembros del Norte de California. No hay límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico.
	Atención médica o quirúrgica	\$0	
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	\$0	
	Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0	



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Quiere un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Atención de un especialista	\$0	Se requiere un referido para la mayoría de los especialistas. Consulte su <i>Guía para Miembros</i> para ver una lista de los servicios que no requieren un referido.
	Visitas para el bienestar, como un examen físico	\$0	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. 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.
	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 un referido: 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, coméntele al médico que desea programar la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita atención de emergencia	Servicios en la Sala de Emergencias	\$0	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 estabilice 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.
	Atención de urgencia	\$0	No se necesita autorización previa. La atención de urgencia se cubre fuera de la red como se indica a continuación: 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). 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.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita pruebas médicas	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, rayos X u otros servicios de imágenes diagnósticas, como tomografías axiales computarizadas [TAC] o imágenes por resonancia magnética [IRM])	\$0	Se requiere un referido.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Se requiere un referido.
Necesita servicios de audición o acústicos	Exámenes auditivos	\$0	
	Audífonos	\$0	Los audífonos están cubiertos según las normas de cobertura de Medi-Cal.
Necesita atención dental (continúa en la siguiente página)	Revisiones dentales y atención preventiva	\$0	Los beneficios dentales están disponibles a través del pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) dental o la atención dental administrada (Dental Managed Care, DMC) de Medi-Cal, según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con: FFS dental: llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite smilecalifornia.org . DMC en los condados de Los Ángeles y Sacramento: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o www.dental.dhcs.ca.gov/ .
	Atención dental de emergencia o de restauración	\$0	Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) o Dental Managed Care (Dental MC), según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con: FFS dental: llame al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o visite smilecalifornia.org .



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita atención dental (continuación de la página anterior)			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/ .
Necesita cuidado de los ojos	Exámenes de los ojos	\$0	Se requiere un referido a oftalmología.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Se requiere un referido. 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. Cada 12 meses, le proporcionamos una asignación por medio de su cobertura de Medicare. Si su artículo para la visión cuesta más que la asignación de su plan, usted paga la diferencia: • South P1 y North P2, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25: \$350 • South P6: \$400 • South P7, P9, P10, P11: \$500 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 requiere un referido. Se cubren los dispositivos para baja visión conforme a las normas del programa Medi-Cal.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita servicios de salud mental	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. 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 un trastorno por abuso de sustancias (continúa en la siguiente página)	Servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias	\$0	Están cubiertos los siguientes servicios, y posiblemente otros servicios que no se mencionan a continuación: • 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; • servicios por consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos;



Si tiene preguntas, 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](https://www.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 sobre los beneficios)
Necesita servicios para un trastorno por abuso de sustancias (continuación de la página anterior)			tratamiento con naltrexone (vivitrol) de liberación prolongada. 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 ayudarlo	Atención de enfermería especializada	\$0	Se requiere un referido.
	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 necesita autorización previa.
Necesita ayuda para obtener servicios	Servicios de ambulancia	\$0	
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a las citas y servicios médicos	\$0	Se requiere una autorización previa y un referido. Medi-Cal cubre el transporte médico que no es de emergencia y el transporte no médico para ayudarlo a acudir a las citas y a la farmacia cuando no tiene forma de llegar.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la siguiente página)	Medicamentos de Medicare Parte B	\$0	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.
	Medicamentos de Medicare Parte D Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De marca preferidos Nivel 4: No preferidos Nivel 5: Especialidad Nivel 6: Vacunas	Niveles 1 al 2: Su copago por un suministro de hasta un mes (30 días) es de \$0 a \$5.80 por medicamento recetado. Niveles 3 al 5: Su copago por un suministro de hasta un mes (30 días) es de \$0 a \$14.40 por medicamento recetado. Nivel 6: \$0 Los copagos por medicamentos pueden variar con base en el nivel de Extra Help que reciba. Por favor, comuníquese con el plan para obtener más detalles.	Podría haber 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. Cuando usted u otros en su nombre paguen \$2,400, habrá alcanzado la etapa de cobertura para catástrofes y usted pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare Parte D por el resto del año calendario. Lea la <i>Guía para Miembros</i> para obtener más información sobre esta etapa. Un suministro a largo plazo (hasta 100 días) puede estar disponible en una farmacia minorista o a través de nuestro servicio de farmacia 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.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	\$0 para las terapias de reemplazo de nicotina en las farmacias de la red. \$0 por otros productos OTC elegibles para comprar en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente. Recibirá una tarjeta precargada de beneficios adicionales que tendrá la asignación trimestral otorgada por su plan.	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. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Proporcionaremos un suministro de hasta 100 días dos veces durante el año calendario. Podría haber 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. Puede comprar artículos OTC con su tarjeta de beneficios adicionales haciendo uso de la asignación trimestral que le otorga su plan y que se detalla a continuación: • North P2: \$50 • North P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25: \$75 • South P1: \$75 • South P6: \$100 • South P7, P11: \$150 • South P9: \$170 • South P10: \$125 Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. La parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al siguiente trimestre.



Si tiene preguntas, 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.



27

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 sobre los beneficios)
(continuación de la página anterior)			
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	Se requiere un referido para algunos servicios.
	Equipo médico para recibir atención en el hogar	\$0	Se necesita autorización previa.
	Servicios de diálisis	\$0	Se requiere un referido.
Necesita cuidado de los pies	Servicios de podología	\$0	Se requiere un referido.
	Servicios ortopédicos	\$0	Se necesita autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (DME) 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 Guía para Miembros.	Sillas de ruedas, muletas y andaderas	\$0	Se necesita autorización previa.
	Nebulizadores	\$0	Se necesita autorización previa.
	Equipo y suministro de oxígeno	\$0	Se necesita autorización previa.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continúa en la siguiente página)	Servicios de salud domiciliaria	\$0	Se requiere un referido. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de ella representa un gran esfuerzo. Cubrimos los siguientes servicios, y es posible que cubramos otros servicios que no se listen aquí: • enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y servicios de asistencia médica a domicilio (que se cubrirán según el beneficio de cuidado de salud domiciliaria; los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica a domicilio que reciba deben dar un total menor a ocho horas al día y 35 horas a la semana) • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipo médico y suministros



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 sobre los beneficios)
Necesita ayuda para vivir en casa (continuación de la página anterior)	Servicios domésticos, como aseo o limpieza interna, o realizar modificaciones en el hogar, como barras de sujeción	\$0	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.
	Cuidado de salud diurno para adultos, Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) u otros servicios de apoyo	\$0	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.
	Servicios de habilitación durante el día	\$0	
	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 acceder a los servicios de apoyo en el hogar o los 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.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)	Administración de la Atención Integrada de California (California Integrated Care Management, CICM)	\$0	Nuestro plan identifica a miembros que son elegibles para recibir servicios adicionales de coordinación de la atención conocidos como la CICM. Los miembros elegibles incluyen ciertos: • adultos sin hogar; • adultos en riesgo de una utilización evitable de hospitales o salas de emergencia; • adultos con necesidades graves de salud mental o por un trastorno por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD); • adultos en transición del encarcelamiento; • adultos que viven en la comunidad y están en riesgo de institucionalización para cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC); • adultos residentes de centros de enfermería en transición a la comunidad; • adultas que estén embarazadas o en periodo de posparto y son objeto de desigualdades raciales y étnicas; • adultos con necesidades documentadas de demencia.
	Servicios quiroprácticos	\$0	Cubrimos los ajustes a la espina dorsal para corregir la postura. Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de los quiroprácticos de la red, consulte el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias (Provider and Pharmacy Directory)</i>. Se requiere una autorización previa para los miembros del Norte de California.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)			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 una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinics, RHC) en la red de Kaiser Permanente. Se requiere una autorización previa para los miembros del Norte de California. Es posible que se necesite un referido para obtener los servicios de un FQHC y una RHC. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en un FQHC o una RHC, llame a Servicio a los Miembros.
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Se necesita autorización previa.
	Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass ®	\$0	Tiene acceso al programa completo de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente One Pass. One Pass incluye: • 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 de One Pass. • Un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año para fuerza, yoga o baile.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)			Programas en línea de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. 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 zonas y debe cumplir criterios de elegibilidad específicos. Pídale más información a su médico sobre los Apoyos Comunitarios de Medi-Cal.
	Medicare no cubre la atención médica a domicilio (Advanced Care At Home) para los miembros de North P16, P17, P19 y P23 Nota: este beneficio no está disponible para todos los miembros.	\$0 cuando se indica como parte de su plan de tratamiento en casa, de lo contrario, usted paga el costo compartido correspondiente.	Se requiere un referido. Cubrimos la atención médica en su hogar que no cubre Medicare cuando un médico determina que es pertinente en función de su estado de salud, esto le ofrece una alternativa a recibir atención para enfermedades agudas en un hospital, así como servicios de atención posterior de afecciones aguda en su domicilio para apoyar su recuperación. Consulte la <i>Guía para Miembros</i> para obtener más información.



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)	Transporte médico que no es de emergencia (no rutinario)	\$0	Cubrimos el transporte necesario desde el punto de vista médico y que no es de emergencia hacia su casa (dentro de un radio de 100 millas), un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) u otro nivel superior de atención inmediatamente después de una hospitalización o de ciertas consultas de emergencia, de atención de urgencia o consultas ambulatorias en el hospital, cuando lo ordena un proveedor . Consulte la Guía para Miembros para obtener más información.
	Servicios protésicos	\$0	Se necesita autorización previa.
	Radioterapia	\$0	Se requiere un referido.
	Servicios para controlar su enfermedad	\$0	
	Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (alimentos saludables) (solo para los miembros del Sur de California)** Nota: Este beneficio no está disponible para los miembros del Norte de California.	\$0 por alimentos saludables aprobados que se compren en línea y en tiendas minoristas participantes.	Si califica para los SSBCI, también puede usar su asignación trimestral para artículos OTC para comprar alimentos saludables. Usted puede decidir cómo usará la asignación en su tarjeta de beneficios adicionales para comprar artículos OTC y alimentos saludables. Debe cumplir todos los criterios, lo que incluye una o más de las siguientes condiciones para ser elegible para recibir SSBCI: • trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por abuso de otras sustancias (SUD) • trastornos autoinmunes



Si tiene preguntas, 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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación de la página anterior)	**El beneficio de alimentos saludables es parte de un programa de beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben tener condiciones crónicas específicas, como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. También puede calificar para este beneficio si tiene otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su condición. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad correspondientes para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.	Recibirá una tarjeta precargada de beneficios adicionales que tendrá la asignación trimestral otorgada por su plan y que se describe en la fila “Medicamentos de venta libre (OTC)”.	• cáncer • trastornos cardiovasculares • insuficiencia cardíaca crónica • demencia • diabetes mellitus • sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • enfermedad gastrointestinal crónica • enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD) • trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • enfermedad pulmonar crónica • trastornos de salud mental crónicos y discapacitantes • trastornos neurológicos • ataque cerebral • cuidados posteriores a un trasplante de órganos • trastornos por inmunodeficiencia o inmunosupresión • afecciones asociadas un deterioro cognitivo • afecciones que causan dificultades funcionales y que requieren servicios similares • condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato



Si tiene preguntas, 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](https://www.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 sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación de la página anterior)			condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o preserven la funcionalidad Su tarjeta se recargará el 1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre. La parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al siguiente trimestre. Para más información, consulte la <i>Guía para Miembros</i>, visite mybenefitscenter.com, o llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), de 5 a. m. a 5 p. m. hora estándar del Pacífico, los 7 días de la semana.

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 se menciona en la parte inferior de esta página para obtener una. Si tiene alguna duda, también puede llamar a Servicio a los Miembros o visitar kp.org/medicare (haga clic en “Español”).



Si tiene preguntas, 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.

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 se menciona en la parte inferior 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
Programa de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	\$0
Ciertos servicios dentales Los beneficios dentales están disponibles a través del pago por servicio (FFS) dental o la atención dental administrada (DMC) de Medi-Cal, según su condado. Para obtener información sobre la cobertura dental de Medi-Cal, comuníquese con: ○ FFS dental: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) o www.smilecalifornia.org . ○ DMC en los condados de Los Ángeles y Sacramento: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) o www.dental.dhcs.ca.gov/ .	\$0
Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias	\$0
Servicios de salud mental especializados	\$0
Servicios de apoyo en el hogar	\$0
Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad	\$0
Programa multipropósito para personas de edad avanzada (Multipurpose Senior Services Program)	\$0
Servicios en centros regionales que cubre Medi-Cal	\$0
Habitación y alimentación en un hogar de descanso	\$0



Si tiene preguntas, 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 se menciona en la parte inferior de esta página para obtener información sobre los demás servicios excluidos.

Servicios que no cubren Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare ni Medi-Cal	
Ciertos exámenes y servicios necesarios: • 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.
Equipos o artículos para 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 aprueban para usted por medio de los Apoyos Comunitarios.
Servicios estéticos. Servicios para cambiar su aspecto (incluida la cirugía en partes normales de su cuerpo para cambiar su aspecto).	Esta exclusión no corresponde para los dispositivos protésicos cubiertos: • 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.
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	



Si tiene preguntas, 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 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 desde el punto de vista médico”, 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.
Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal	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.
Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)	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.
Cuando un servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los servicios relacionados con ese 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 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> .



Si tiene preguntas, 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 de atención y apoyo a largo plazo • Atención en centros de enfermería especializada, de atención intermedia o para afecciones subagudas • Apoyos Comunitarios
Reversión de la esterilización.	
Servicios de personas no autorizadas Estos servicios abarcan los que realizan de forma segura y eficaz personas que no necesitan licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención para la salud, 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 se aplica en los siguientes casos: • apoyos Comunitarios cubiertos y aprobados para usted • servicios de doulas cubiertos • servicios de trabajadores de la salud de la comunidad cubiertos

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 materia de reclamaciones, el historial médico, la discapacidad (incluida la discapacidad mental), el estado civil, la edad, el sexo, la orientación sexual, el país de origen, la raza, 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;



Si tiene preguntas, 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.

- 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 un referido.
 - 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.
 - 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 (Americans with Disabilities Act).
 - 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 entenderla 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. Por favor 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.



Si tiene preguntas, 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.

- Presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC) a través de una línea telefónica gratuita (1-888-466-2219), o de una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con discapacidades auditivas y del habla. En el sitio web del DMHC (www.dmhca.gov/) podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones en línea.
- 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 se menciona en la parte inferior de esta página.

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

G. Cómo presentar una queja informal 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 se menciona en la parte inferior de esta página. También puede presentar una queja informal por escrito a la dirección que se indica a continuación. 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 se menciona 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 pagamos 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 si no está de acuerdo con la decisión.



Si tiene preguntas, 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.

Puede presentar una queja informal 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** sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Puede enviar una queja informal 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 informal 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.

POR TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Disponible 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. 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.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Disponible los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su decisión de 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.
POR ESCRITO	Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> para conocer las ubicaciones). Para una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos. Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, escriba a: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Si desea presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx



Si tiene preguntas, 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.

POR TELÉFONO	1-877-645-1282 Esta llamada es gratuita. Disponible 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. Disponible los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-844-403-1028
POR ESCRITO	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	kp.org (haga clic en “Español”)



Si tiene preguntas, 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 forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.

POR TELÉFONO	1-866-206-2973 Esta llamada es gratuita. Disponible 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 Esta llamada es gratuita. Disponible los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-206-2974
POR ESCRITO	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org (haga clic en “Español”)



Si tiene preguntas, 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 informales relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja informal sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja informal sobre sus medicamentos recetados de Medicare.

Si su queja informal 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).

POR TELÉFONO	1-800-443-0815 Esta llamada es gratuita. Disponible los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su queja informal 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 asunto reúne los requisitos para una decisión acelerada. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su queja informal 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.
POR ESCRITO	Para presentar una queja estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> para conocer las ubicaciones). Si su queja informal 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 informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Si desea presentar una queja en línea ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx



Si tiene preguntas, 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 Commence Health. Esta organización 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. Commence Health no está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Puede presentar una queja informal sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención;
 - piensa que su hospitalización 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 Ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) termina demasiado pronto.

POR TELÉFONO	1-877-588-1123 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m.
TTY	711
POR ESCRITO	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.livantaqio.cms.gov



Si tiene preguntas, 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.

Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención para la salud. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-443-0815** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El seguimiento de este procedimiento de quejas formales no anula ningún posible derecho o remedio legal que pueda estar disponible para usted. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, en el proceso de IMR, se 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 sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita **1-888-466-2219** y una línea TDD **1-877-688-9891** para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web en línea del departamento www.dmh.ca.gov podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

H. Qué hacer si tiene sospechas de 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 menciona en la parte inferior 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.



Si tiene preguntas, 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 o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de identificación de miembro, por favor, 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. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.



Aviso de no discriminación

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

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios de forma oportuna:

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

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

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

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

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

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

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

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

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

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

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

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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