



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Región del Norte de California

Guía para Miembros de Medi-Cal

Lo que debe saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura y
Formulario de Revelación (EOC/DF)
Combinados

Plan del Año 2020

Índice

| | |
|---|-----------|
| Otros idiomas y formatos | 1 |
| Otros idiomas..... | 1 |
| Otros formatos | 1 |
| Servicios de interpretación | 1 |
| Aviso de no discriminación..... | 3 |
| ¡Bienvenido a Kaiser Permanente! | 5 |
| Guía para Miembros | 5 |
| Comuníquese con nosotros..... | 6 |
| 1. Introducción para miembros | 7 |
| Cómo obtener ayuda | 7 |
| Quién puede convertirse en Miembro..... | 8 |
| Tarjetas de identificación (ID) | 8 |
| Formas de involucrarse como miembro | 9 |
| 2. Acerca de su plan de salud | 10 |
| Descripción general del plan de salud..... | 10 |
| Cómo funciona su plan..... | 11 |
| Cómo cambiar de plan de salud | 12 |
| Continuidad de la atención | 14 |
| Costos..... | 17 |
| 3. Cómo obtener atención..... | 20 |
| Cómo obtener servicios de atención para la salud..... | 20 |
| Dónde obtener atención | 27 |
| Objeción moral..... | 28 |
| Directorio de Proveedores | 28 |
| Red de proveedores | 29 |
| Médico de cabecera (“PCP”) | 31 |
| 4. Beneficios y servicios | 41 |
| Qué cubre su plan de salud..... | 41 |
| Beneficios de Medi-Cal..... | 42 |
| Lo que Kaiser Permanente no cubre | 69 |
| Otros programas y servicios para personas con Medi-Cal..... | 79 |
| Coordinación de beneficios | 81 |
| Evaluación de tecnologías nuevas y existentes | 81 |



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

| | |
|---|------------|
| 5. Derechos y responsabilidades..... | 82 |
| Sus derechos..... | 82 |
| Sus responsabilidades..... | 84 |
| Aviso sobre prácticas de privacidad | 84 |
| Aviso sobre la legislación | 85 |
| Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso | 85 |
| Aviso sobre recuperación por medio de herencia | 86 |
| Notificación de Acción..... | 87 |
| Aviso sobre circunstancias inusuales | 87 |
| Aviso sobre la administración de sus beneficios | 87 |
| Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros | 87 |
| Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores | 88 |
| Aviso sobre la obligatoriedad para los Miembros de la Guía para Miembros | 88 |
| Avisos sobre su cobertura | 88 |
| 6. Cómo reportar y solucionar problemas | 89 |
| Quejas | 90 |
| Apelaciones | 91 |
| Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación | 92 |
| Revisión Médica Independiente (“IMR”) | 93 |
| Audiencias Estatales | 94 |
| Fraude, despilfarro y abuso | 95 |
| Arbitraje Vinculante..... | 96 |
| Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles | 100 |
| 7. Números importantes y palabras clave..... | 102 |
| Números de teléfono importantes..... | 102 |
| Palabras clave | 102 |



Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener esta Guía para Miembros y otros materiales del plan sin costo en otros idiomas. Lea esta Guía para Miembros a fin de obtener más información sobre los servicios de asistencia con el idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción. Llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita.

Otros formatos

Puede obtener esta información sin costo en otros formatos auxiliares, como braille, impresión en letra grande de 18 puntos y en audio. Llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

No es necesario que recurra a un miembro de la familia o a un amigo para que actúe como intérprete. Tiene disponibles sin costo servicios de interpretación,



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

lingüísticos y culturales, así como ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede recibir esta Guía para Miembros en otro idioma si llama al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. Kaiser Permanente no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido al sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Kaiser Permanente:

- Brinda ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros de forma eficaz, como:
 - ♦ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ♦ Información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - ♦ Intérpretes calificados
 - ♦ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Permanente no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito o en línea:

- Puede llenar un formulario de Quejas o de Solicitud/Reclamo de Beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro de atención de la red



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Aviso de no discriminación

- Puede enviar por correo su queja formal por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red
- Puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**)
- Puede llenar el formulario de queja formal en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja formal.

Se le notificará al Coordinador de Derechos Civiles sobre todas las quejas formales relacionadas con cuestiones de discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle:

Civil Rights Coordinator
Kaiser Permanente
One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223
Oakland, CA 94612

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

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
1-916-440-7370 (TTY **711** Servicio de Relé de California)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

Puede obtener formularios de queja en

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por escrito, por teléfono o en línea:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr>** (en inglés).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

¡Bienvenido a Kaiser Permanente!

Gracias por contratar el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan. Este es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. Kaiser Permanente trabaja junto con el Estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros le informa acerca de su cobertura a través de Kaiser Permanente. Léala cuidadosamente y por completo. Lo ayudará a entender y a usar sus beneficios y servicios. También explica sus derechos y responsabilidades como miembro de Kaiser Permanente. Si tiene necesidades médicas especiales, asegúrese de leer todas las secciones que le correspondan.

En esta Guía para Miembros, a veces se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como “nosotros” o “nuestro”. Algunas veces nos referimos a los miembros como “usted”. Algunos términos en mayúsculas tienen un significado especial en esta Guía para Miembros. Consulte el Capítulo 7 (“números importantes y palabras clave”) para obtener los términos que debe conocer.

Esta Guía para Miembros también se llama Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Evidence of Coverage and Disclosure Form, “EOC/DF”) Combinados. Es un resumen de las reglas y políticas de Kaiser Permanente, y se basa en el contrato entre Kaiser Permanente y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS). Si desea conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura, puede solicitar una copia del contrato completo a Servicio a los Miembros. Llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)** para solicitar una copia del contrato entre Kaiser Permanente y el DHCS.

También puede solicitar otra copia de la Guía para Miembros sin costo si llama al **1-800-464-4000 (TTY 711)** o si visita nuestro sitio web en **kp.org/espanol** para consultar la Guía para Miembros. También puede solicitar, sin costo, una copia de nuestras políticas y procedimientos administrativos y clínicos no patentados, o puede consultar cómo acceder a esta información en nuestro sitio web.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Comuníquese con nosotros

Kaiser Permanente está para ayudarle. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

También puede visitarnos en línea en **kp.org/espanol** en cualquier momento o visitar el Departamento de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte las direcciones en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”]). Llámenos para obtener una copia de nuestro directorio de centros de atención.

Gracias,

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

1. Introducción para miembros

Cómo obtener ayuda

Kaiser Permanente desea que esté feliz con su atención médica. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención, ¡queremos que nos cuente!

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente está aquí para ayudarle. Podemos hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su plan de salud y servicios cubiertos
- Ayudarle a elegir o cambiar un médico de cabecera (primary care provider, PCP)
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita
- Ofrecerle servicios de interpretación si no habla inglés
- Ofrecerle información en otros idiomas y formatos

Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros como se indica a continuación.

- Inglés **1-800-464-4000**
(y más de 150 idiomas que usan los servicios de interpretación)
- Español **1-800-788-0616**
- Dialectos chinos **1-800-757-7585**
- TTY **711**

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. También puede visitarnos en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol**.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Quién puede convertirse en Miembro

Usted califica para el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan porque cumple los requisitos de Medi-Cal y vive en el Condado de Sacramento o está en los códigos postales seleccionados de los Condados de Amador, El Dorado o Placer. Para obtener una lista de los códigos postales seleccionados, consulte la definición de “Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal” en el Capítulo 7 (“Números de teléfono importantes y palabras clave”).

Si tiene dudas acerca de la cobertura de Medi-Cal o acerca de cuándo necesita renovar su Medi-Cal, llame a su administrador de caso de Medi-Cal. También puede llamar a su Departamento de Servicios Sociales Públicos local que se menciona en su guía telefónica. También puede calificar para Medi-Cal a través del Seguro Social. Si tiene alguna duda sobre el Seguro Social o sobre el Ingreso de Seguro Suplementario, llame a la Administración de Seguro Social al **1-800-772-1213**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) o visite **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es**.

Transitional Medi-Cal

Transitional Medi-Cal también se llama “Medi-Cal para los trabajadores”. Es posible que pueda recibir Transitional Medi-Cal si deja de recibir Medi-Cal debido a que:

- Comenzó a ganar más dinero
- Su familia comenzó a recibir más pensión alimenticia o de manutención

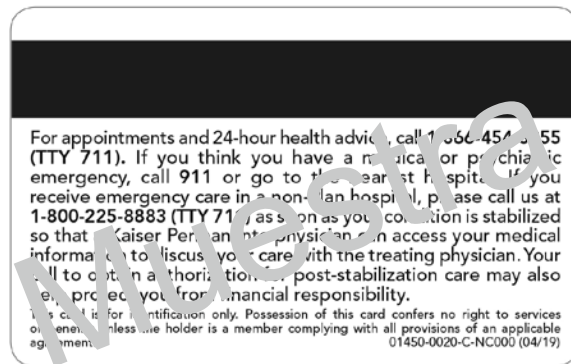
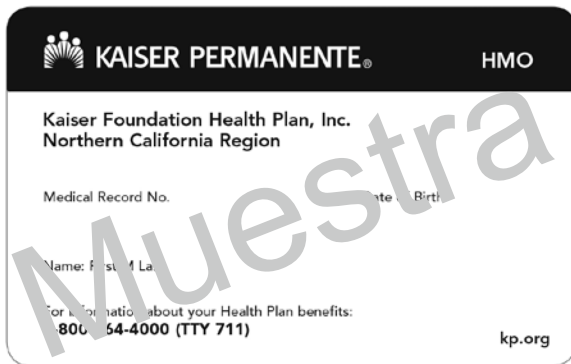
Puede preguntar acerca de los requisitos para obtener Medi-Cal en su oficina local de servicios de la salud y servicios humanos de su condado. Encuentre su oficina local en **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx** (en inglés) o llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).

Tarjetas de identificación (ID)

Como miembro de Kaiser Permanente, recibirá una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal y una identificación con fotografía cuando reciba cualquier servicio de atención para la salud o medicamento recetado. Deberá llevar con usted todas las tarjetas de salud en todo momento. A continuación aparece una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente de muestra para que vea cómo se verá la suya:



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**



Si no recibe su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente unas semanas después de su inscripción, o si se daña su tarjeta, la pierde o se la roban, llame a Servicio a los Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva. Llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Formas de involucrarse como miembro

Kaiser Permanente quiere escucharlo. Realizamos reuniones trimestrales para hablar sobre lo que funciona bien y cómo podemos mejorar. Se invita a los miembros a participar. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor de Miembros

El Comité Asesor de Miembros brinda comentarios y recomendaciones a la Junta Directiva de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. sobre cómo Kaiser Permanente puede mejorar el servicio a los Miembros. Unirse a este grupo es voluntario. Para obtener más información sobre el Comité Asesor de Miembros, puede comunicarse con el Equipo de Supervisión y Operaciones Regulatorias de Medi-Cal del Norte de California:

- **Correo electrónico:** Medi-CalNCal@kp.org
- **Correo postal:**
Northern California Medi-Cal Regulatory Oversight and Operations Team
ATTN: Member Advisory Committee
1800 Harrison Street, 11th Floor
Oakland, CA 94612



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del plan de salud

El plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal en el Condado de Sacramento o en los códigos postales seleccionados de los Condados de Amador, El Dorado o Placer. Consulte la definición de “Área de Servicio de Kaiser Permanente” en el Capítulo 7 (“Números importantes y palabras clave”) para obtener una lista de los códigos postales. Kaiser Permanente trabaja junto con el Estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

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

Puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente para obtener más información sobre Kaiser Permanente y cómo hacer que funcione para usted. Llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando se inscribe al plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, debe recibir una tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente en un plazo de dos semanas a partir de la inscripción. Deberá mostrar esta tarjeta cada vez que necesite recibir algún servicio.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Su cobertura del plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan comienza el primer día del mes siguiente al que haya completado la inscripción a través de Health Care Options. Se le informará por escrito la fecha en que comience su cobertura. Para obtener más información, llame a Health Care Options sin costo al **1-800-430-4263**.

Puede solicitar cancelar su cobertura con Kaiser Permanente y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Para solicitar ayuda para elegir un plan nuevo, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) o visite **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es**. También puede solicitar cancelar su Medi-Cal.

A veces, es posible que Kaiser Permanente ya no pueda brindarle servicios. Kaiser Permanente debe concluir su cobertura si:

- Se muda fuera del Área de Servicio de Medi-Cal de Kaiser Permanente
- Está en prisión
- Ya no tiene Medi-Cal
- Califica para ciertos programas de exenciones
- Necesita un trasplante de órganos principales (excepto de riñón)
- Se encuentra en un centro de atención a largo plazo durante un lapso mayor que el mes en el que se hospitalizó más el siguiente mes.

Centros del Servicio de Salud para la Población Indígena

Si es nativo americano, tiene derecho a obtener servicios de atención para la salud en centros del Servicio de Salud para la Población Indígena. También puede permanecer o cancelar su afiliación a Kaiser Permanente mientras obtiene servicios de atención para la salud de estas ubicaciones. Los nativos americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o pueden abandonar sus planes de salud y volver a recibir Medi-Cal regular (pago por servicio) en cualquier momento y por cualquier motivo. Para obtener más información, llame al Servicio de Salud para la Población Indígena al **1-916-930-3927** o visite el sitio web del Servicio de Salud para la Población Indígena en **www.ihs.gov** (en inglés).

Cómo funciona su plan

Kaiser Permanente es un plan de salud contratado con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, "DHCS"). El plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan es un plan de atención médica administrada.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Los planes de atención médica administrada utilizan bajos costos para obtener recursos de atención médica que mejoran el acceso a la atención médica y aseguran la calidad de la atención. Kaiser Permanente le proporciona servicios a través de los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Todos ellos trabajan juntos para darle una atención de calidad. Cuando elige a Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Los únicos servicios que puede obtener de los proveedores fuera de la red son los siguientes:

- Atención médica en un centro del Servicio de Salud para la Población Indígena
- Servicios de ambulancia en casos de emergencia
- Servicios de emergencia y atención de posestabilización con cobertura
- Servicios de planificación familiar con cobertura
- Atención de urgencia fuera del área con cobertura
- Referencias a proveedores que no pertenecen a la red
- Algunos servicios sensibles con cobertura
- Vacunas necesarias desde el punto de vista médico en los departamentos de salud locales

Un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente puede ayudarle a entender:

- Cómo funciona Kaiser Permanente
- Cómo obtener la atención que necesita
- Cómo programar citas con proveedores, y
- Cómo saber si califica para los servicios de transporte

Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede encontrar información sobre Servicio a los Miembros en línea en **kp.org/espanol**.

Cómo cambiar de plan de salud

Puede salirse de Kaiser Permanente e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento. Llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) para elegir un nuevo plan. Puede llamar entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m., de lunes a viernes, o visitar **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov** (haga clic en “Español”).

El proceso de su solicitud para salirse de Kaiser Permanente tarda hasta 45 días. Para averiguar si Health Care Options aprobó su solicitud, llame al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Si desea salirse de Kaiser Permanente antes, puede pedir a Health Care Options que cancele su afiliación en forma acelerada (rápida). Si el motivo de su solicitud cumple los requisitos para cancelar su afiliación de forma acelerada, recibirá una carta para avisarle que se canceló su afiliación.

Los miembros que pueden solicitar la cancelación de la afiliación acelerada incluyen, entre otros:

- Niños que reciben servicios de los Programas de Cuidados de Crianza o de Asistencia para la Adopción
- Miembros con necesidades de atención médica especiales, que incluyen, entre otros, trasplantes de órganos importantes
- Miembros ya inscritos en otro plan de Medi-Cal, Medicare o plan de atención médica administrada comercial

Puede solicitar salirse de Kaiser Permanente en persona en su oficina local de salud y servicios humanos del condado. Encuentre su oficina local en www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx (en inglés) o llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).

Estudiantes universitarios que se mudan a otro condado

Si se muda a otro condado en California para ir a la universidad, solo cubriremos los servicios de emergencia y de atención de urgencia en su nuevo condado. Los servicios de emergencia y de atención de urgencia están disponibles para todos los afiliados de Medi-Cal en todo el estado, independientemente del condado de residencia.

Si está inscrito en Medi-Cal e irá a la universidad en otro condado, no es necesario que solicite Medi-Cal en ese condado. No es necesario que presente una nueva solicitud de Medi-Cal, siempre y cuando tenga menos de 21 años, esté solo temporalmente fuera de su hogar y siga siendo dependiente fiscal de su hogar.

Cuando se muda de forma temporal para ir a la universidad, tiene dos opciones. Podrá:

- Informar a la oficina de servicios sociales local del condado que se muda temporalmente para ir a la universidad y proporcionar su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los expedientes del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del Estado. Si el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan no opera en el nuevo condado, tendrá que cambiar de plan de salud por una opción disponible en el nuevo condado. Si tiene otras preguntas, y para evitar retrasos en la inscripción en su nuevo plan de salud, debe comunicarse con Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) para que lo ayuden con la inscripción.



O BIEN

- Elegir no cambiar su plan de salud cuando se muda en forma temporal para ir a la universidad en un condado distinto. Solo tendrá acceso a los servicios de emergencia o a atención de urgencia en el nuevo condado. Para recibir atención médica de rutina o preventiva, deberá usar la red de proveedores de Kaiser Permanente en el Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal. Una excepción a esto es si el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan opera en su nuevo condado de residencia, como se describe antes.

Continuidad de la atención

Si actualmente acude con proveedores que no están en la red de Kaiser Permanente, podría mantenerlos por un plazo de hasta 12 meses en algunas situaciones.

Los tipos de situaciones que pueden calificar para recibir servicios de un proveedor que no pertenece al plan incluyen las siguientes:

- Tiene un trastorno de salud mental que requiere servicios que es nuestra responsabilidad proporcionar
- Se le exigió que pasara de Covered California a Medi-Cal
- Es una Persona de Edad Avanzada o con Discapacidades recién inscrita y tiene una Solicitud de Autorización de Tratamiento con Pago por Servicio activa
- Tiene una relación existente con un proveedor de Tratamiento de Salud del Comportamiento
- Solicitó al DHCS una exención médica y se la negaron
- Está tomando un medicamento de un solo fabricante que forma parte de una terapia recetada, si se recetó inmediatamente antes de la fecha de la inscripción

Es posible que también califique si está recibiendo atención activa para una de las siguientes condiciones antes de inscribirse:

- **Una condición aguda.** Podemos cubrir estos servicios hasta que la condición aguda desaparezca
- **Una condición crónica grave.** Es posible que cubramos los servicios hasta cualquiera de las siguientes situaciones (la que ocurra primero): (1) hasta los 12 meses a partir de la fecha de inscripción en Kaiser Permanente o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferirlo al cuidado de un proveedor de la red, según lo determine Kaiser Permanente después de consultar al miembro y al proveedor que no pertenece a la red y de conformidad con



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves que cumplen con alguna de estas condiciones:

- ◆ Persiste y nunca se cura totalmente
- ◆ Empeora en el transcurso de largos periodos
- ◆ Requieren de tratamiento continuo para mantener su remisión o evitar que reaparezcan o empeoren
- **Embarazo (incluida la atención posparto inmediata).** Es posible que ofrezcamos cobertura para estos servicios mientras esté embarazada y de inmediato después del parto
- **Enfermedades terminales.** Es posible que brindemos cobertura para estos servicios mientras dure la enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos
- **Atención para niños menores de 3 años de edad.** Es posible que todos estos servicios tengan cobertura hasta que se cumpla la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses desde la fecha en la que se inscribió en Kaiser Permanente o (2) el tercer cumpleaños del niño
- **Cirugía u otro procedimiento que forma parte de un ciclo de tratamiento.** El proveedor debe recomendar y documentar la atención para que se proporcione en un plazo de 180 días contados a partir de su fecha de vigencia de la cobertura si es un nuevo Miembro, o de 180 días contados a partir de la finalización del contrato con el proveedor

Para saber si califica para recibir servicios de un proveedor que no pertenece a la red o si necesita más información, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Proveedores que dejan de prestar servicios a Kaiser Permanente

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

Si lo asignan a un hospital o un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, o si vive en un radio de 15 millas de un hospital que deja de pertenecer a nuestra red, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o tan pronto como sea posible).



Si está recibiendo servicios cubiertos de un hospital o de un médico de la red (o de otros proveedores) cuando finaliza nuestro contrato con ese proveedor (excepto si el contrato se canceló por una causa justificada), es posible que pueda seguir recibiendo algunos servicios de ese proveedor para lo siguiente:

- **Condiciones agudas.** Podemos cubrir estos servicios hasta que la condición aguda desaparezca
- **Condiciones crónicas graves.** Es posible que cubramos los servicios hasta que se cumpla cualquiera de las siguientes situaciones (la que ocurra primero): (1) los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato con el proveedor; o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferirlo al cuidado de un proveedor de la red, según lo determine Kaiser Permanente después de consultar al miembro y al proveedor que no pertenece a la red y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves que cumplen con alguna de estas condiciones:
 - ♦ Persiste y nunca se cura totalmente
 - ♦ Empeora en el transcurso de largos periodos
 - ♦ Requieren de tratamiento continuo para mantener su remisión o evitar que reaparezcan o empeoren
- **Cuidados de Maternidad.** Es posible que ofrezcamos cobertura para estos servicios mientras esté embarazada y de inmediato después del parto
- **Enfermedades terminales.** Es posible que brindemos cobertura para estos servicios mientras dure la enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos
- **Atención para niños menores de 3 años de edad.** Es posible que todos estos servicios tengan cobertura hasta que se cumpla la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses desde la fecha en que termine el contrato con el proveedor o (2) el tercer cumpleaños del niño
- **Cirugía u otro procedimiento que forma parte de un ciclo de tratamiento.** El proveedor debe recomendar y documentar la atención para que se proporcione en el plazo de los 180 días siguientes a la finalización del contrato con el proveedor

Kaiser Permanente proporciona servicios de continuidad de la atención en los siguientes casos:

- Su cobertura de Kaiser Permanente está vigente en la fecha en que reciba el servicio



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Recibe servicios de un proveedor cuyo contrato finalizó en la fecha de terminación del proveedor
- El proveedor acepta, por escrito, nuestros términos y condiciones del contrato
- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico y serían servicios cubiertos según esta Guía para Miembros si los recibiera de un proveedor del plan
- Usted solicita los servicios en un plazo de 30 días (o tan pronto como pueda) contados a partir de la fecha en la que finalizó el contrato con el proveedor

Kaiser Permanente no proporciona servicios de continuidad de la atención en los siguientes casos:

- Los servicios no tienen cobertura de Medi-Cal
- Su proveedor no trabajará con Kaiser Permanente. Deberá buscar un nuevo proveedor

Para obtener más información sobre la continuidad de la atención y las calificaciones de elegibilidad, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Costos

Costos para los miembros

El plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan presta servicios a personas que califican para Medi-Cal. Los Miembros del plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan no tienen que pagar por los servicios cubiertos. No tendrá primas ni deducibles. Para ver una lista de servicios cubiertos, consulte el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Para Miembros con un costo compartido

Podría tener que pagar un costo compartido mensualmente. El importe de su costo compartido dependerá de sus ingresos y de sus recursos. Cada mes pagará sus facturas médicas hasta que el importe que haya pagado sea igual a su costo compartido. Después de esto, Kaiser Permanente cubrirá su atención para ese mes. Kaiser Permanente no lo cubrirá hasta que haya pagado todo su costo compartido ese mes. Después de que alcance su costo compartido para el mes, puede visitar a cualquier médico de Kaiser Permanente. Si es miembro con un costo compartido, no necesita elegir un médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Cómo se les paga a los proveedores

Kaiser Permanente les paga a los proveedores de las siguientes maneras:

- Pagos por capitación
 - ♦ A algunos proveedores se les paga un monto establecido cada mes por cada miembro. A esto se le llama pago por capitación.
- Pagos de pago por servicio
 - ♦ Algunos proveedores atienden a los Miembros de Kaiser Permanente y luego envían su factura a Kaiser Permanente por los servicios brindados. A esto se le llama pago por servicio.

Para obtener más información sobre cómo Kaiser Permanente les paga a sus proveedores, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Pedir a Kaiser Permanente que pague una factura

Si recibe una factura por un servicio cubierto, llame a Servicio a los Miembros de inmediato al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Si pagó por un servicio que cree que Kaiser Permanente debe cubrir, puede presentar un reclamo. Deberá usar un formulario de reclamo e indicarnos por escrito por qué tuvo que pagar. Llame al **1-800-464-4000** o al **1-800-390-3510** (TTY 711) para solicitar un formulario de reclamo. Kaiser Permanente revisará su reclamo para decidir si puede recuperar su dinero.

Para presentar un reclamo de pago o reembolso, debe hacer lo siguiente:

- Envíenos lo antes posible un formulario de reclamo completado. Puede obtener un formulario de reclamo en línea de las siguientes maneras:
 - ♦ En nuestro sitio web kp.org/espanol
 - ♦ En persona en cualquiera de las oficinas de Servicio a los Miembros en un Centro del Plan o con Proveedores del Plan. Puede encontrar las direcciones en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en kp.org/espanol
 - ♦ Llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** o **1-800-390-3510** (TTY 711)
- Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamo



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

- Si pagó los servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo e incluir todas las facturas y los recibos del proveedor que no pertenece a la red
- Si desea que paguemos servicios al proveedor que no pertenece a la red, deberá incluir en su formulario de reclamo las facturas del proveedor que no pertenece a la red. Si después recibe facturas del proveedor que no pertenece a la red, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** (TTY **711**) para solicitar ayuda
- Debe enviarnos el formulario de reclamo completado lo antes posible después de haber recibido la atención

Deberá enviar el formulario de reclamo completado y cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Administration - NCAL
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923



3. Cómo obtener atención

Cómo obtener servicios de atención para la salud

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA AVERIGUAR QUIÉN O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES LE PUEDE PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA.

La información de cobertura en esta Guía para Miembros se aplica cuando obtiene servicios de atención para la salud en su Región Base. Su Región Base es la Región de Kaiser Permanente donde vive. Su Región Base es el Norte de California y se identifica en la portada de esta Guía para Miembros y en su Tarjeta de Identificación de Kaiser Permanente. Si visita otra Región de Kaiser Permanente, estará cubierto solo para atención de emergencia o de urgencia. Para obtener más información sobre su Región Base, vaya a nuestro directorio de proveedores en kp.org/facilities (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Podrá empezar a recibir nuestros servicios de atención médica a partir de la fecha en la que comienza su cobertura. Este es un resumen de las reglas y las políticas de Kaiser Permanente, y se basa en el contrato entre Kaiser Permanente y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS).

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal. No permita que nadie más use su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente ni la BIC.

Kaiser Permanente les proporciona servicios a los Miembros a través de los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Todos trabajan juntos para ofrecerle atención de calidad. Cuando elige a Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Para ver las ubicaciones de los proveedores de la red de Kaiser Permanente, visite nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en “Español”).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

Los nuevos Miembros deben elegir un médico de cabecera (Primary Care Provider, “PCP”) que esté en la red de Kaiser Permanente y en el Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en la que se convierta en Miembro de Kaiser Permanente. Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted.

Debe elegir un PCP en un centro de la red de Kaiser Permanente en el Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal. Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los miembros de la familia asignados al plan de Kaiser Permanente Medi-Cal Plan.

Si tiene un médico que desea conservar, o si desea conseguir un nuevo PCP, puede buscarlo en el Directorio de Proveedores (Provider Directory). Este incluye una lista de todos los PCP en la red de Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores tiene más información para ayudarle a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de Proveedores, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede encontrar un Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Si no puede obtener la atención que necesita de un proveedor de la red de Kaiser Permanente, su PCP deberá pedir a The Permanente Medical Group (“Medical Group”) su aprobación para enviarlo a un proveedor que no pertenece a la red. No necesita la aprobación para ir a un proveedor que no pertenece a la red para obtener los servicios sensibles que se describen en “Atención sensible” más adelante en este capítulo.

Lea el resto del capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la red de proveedores.

Evaluación de la salud inicial (“IHA”)

Kaiser Permanente recomienda a los nuevos miembros que visiten a su nuevo PCP en los primeros 120 días para que les realicen una evaluación de salud inicial (Initial Health Assessment, “IHA”). El objetivo de la IHA es ayudar a su PCP a que conozca sus antecedentes y necesidades de atención médica. Su PCP puede hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos o puede pedirle que llene un cuestionario. Su PCP también le hablará sobre asesoramiento y clases de educación para la salud que lo pueden ayudar.

Cuando llame para programar su IHA, avísele a la persona que lo atienda por teléfono que es miembro de Kaiser Permanente e indíquele su número de historia clínica de Kaiser Permanente.



Lleve su BIC, su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y su identificación con fotografía a su cita. Es una buena idea llevar una lista de sus medicamentos y de sus preguntas a la consulta. Esté preparado para hablar con su PCP sobre sus necesidades de atención médica y preocupaciones.

Asegúrese de llamar a la oficina del PCP si llegará tarde o si no puede asistir a su cita.

Cuidados de rutina

Los cuidados de rutina es la atención médica regular. Incluye atención preventiva, también llamada de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. La atención preventiva incluye exámenes médicos regulares, educación para la salud y asesoramiento. Además de la atención preventiva, los cuidados de rutina incluyen la atención cuando está enfermo. Kaiser Permanente cubre los cuidados de rutina de su PCP.

Su PCP hará lo siguiente:

- Le brindará cuidados de rutina, incluidos exámenes médicos regulares, vacunas, tratamientos, recetas médicas y consejos médicos
- Mantendrá actualizada su historia clínica
- Lo referirá (enviará) a los especialistas que necesite
- Solicitará los rayos-X, las mamografías o las pruebas de laboratorio que necesite

Cuando necesite cuidados de rutina, puede llamar a su Centro del Plan local o hacer una cita en línea. Para obtener los números de teléfono para hacer citas, consulte el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org/espanol. Para solicitar una cita en línea, visite nuestro sitio web kp.org/espanol.

En una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubrimos, así como los que no cubrimos, lea el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros.

Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** es para una emergencia o una condición potencialmente mortal. Es para los servicios que necesita a fin de evitar daños graves a su salud debido a una enfermedad repentina, lesión o complicación de una condición que ya tiene. Las citas de atención de urgencia requieren atención en un plazo de 48 horas. Si está fuera del área de servicio del plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, los servicios



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

de atención de urgencia pueden estar cubiertos. La atención de urgencia puede relacionarse con un resfriado o dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos, esguinces o servicios de maternidad.

Para atención de urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY 711) y hable con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si necesita atención de urgencia fuera del área, vaya al centro de atención de urgencia más cercano. No necesita aprobación previa (autorización previa). Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, Medi-Cal no pagará por su atención.

Si la atención que necesita es atención de urgencia de salud mental, comuníquese con Planes de Salud Mental del condado a la línea telefónica sin costo disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo de los condados, visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).

No cubrimos la atención de seguimiento de proveedores que no pertenecen a la red después de que ya no necesite Atención de Urgencia, a excepción del equipo médico duradero cubierto. Si necesita equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia, su proveedor que no pertenece a la red debe obtener nuestra aprobación previa.

Atención de emergencia

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias (emergency room, “ER”) más cercana. **No** necesita aprobación previa (autorización previa) para la atención de emergencia de nuestra parte.

La atención de emergencia está destinada a condiciones médicas de emergencia. Para una enfermedad o lesión que una persona común (no un profesional del cuidado de la salud) con conocimientos promedio de salud y medicina entendería que, si no recibe atención de inmediato, su salud (o la de su bebé por nacer) podría estar en peligro, o una función corporal o un órgano, o parte de su cuerpo se podrían dañar seriamente. Por ejemplo:

- Trabajo de parto activo
- Huesos fracturados
- Dolor intenso, especialmente en el pecho
- Quemadura grave
- Sobredosis por drogas



- Desmayos
- Sangrado intenso
- Condición psiquiátrica de emergencia

No vaya a la ER para recibir cuidados de rutina. Debe recibir cuidados de rutina de su PCP, que es quien lo conoce mejor. Si no está seguro si es una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar al **1-866-454-8855 (TTY 711)** y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si necesita atención de emergencia cuando viaja, vaya a la sala de emergencias (“ER”) más cercana, incluso si no pertenece a la red de Kaiser Permanente. Si va a una ER, pídale que llamen a Kaiser Permanente. Usted o el hospital en el que lo internaron deberán llamar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas contadas a partir de que haya recibido atención de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sean Canadá o México, y necesita atención de emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. No es necesario que consulte a su PCP o a Kaiser Permanente antes de ir a la ER.

Si necesita atención en un hospital que no pertenece a la red después de su emergencia (atención de posestabilización), el hospital llamará a Kaiser Permanente.

Recuerde: No llame al **911**, a menos que se trate de una emergencia. Obtenga atención de emergencia solo para una emergencia, no para cuidados de rutina o para una enfermedad menor, como un resfriado o un dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Atención de posestabilización

Atención de posestabilización son los servicios necesarios desde el punto de vista médico (incluidos los de la ER) que recibe después de que el médico que lo esté tratando considere que su problema médico de emergencia está clínicamente estable. La atención de posestabilización también incluye equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) solo cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo de DME está cubierto en esta Guía para Miembros
- Es necesario desde el punto de vista médico que tenga el artículo de DME después de salir del hospital
- El artículo de DME está relacionado con la atención de emergencia que recibió en el hospital



Para obtener más información sobre el equipo médico duradero cubierto en esta Guía para Miembros, vaya al título “Equipo médico duradero” en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros.

Ofrecemos cobertura de atención de posestabilización de un proveedor que no pertenece a la red solo si proporcionamos autorización previa o si la ley vigente así lo exige. El proveedor que lo esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de posestabilización.

Para solicitar la aprobación previa para que reciba atención de posestabilización de un proveedor que no pertenece a la red, el proveedor debe llamarnos al **1-800-225-8883 (TTY 711)**. También pueden llamar al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

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

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

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

Atención sensible

Servicios con consentimiento del menor

Si tiene menos de 18 años, puede acudir con un médico sin el consentimiento de sus padres o su tutor para estos tipos de atención:

- Salud mental como paciente ambulatorio (solo para menores de edad de 12 años en adelante) para lo siguiente:
 - ♦ Abuso sexual o físico
 - ♦ Cuando podría lastimarse o lastimar a los demás
- Embarazo



- Planificación familiar/control de natalidad (excepto esterilización)
- Agresión sexual, incluida la violación
- Prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA (solo para menores de edad de 12 años en adelante)
- Prevención/pruebas/tratamiento para infecciones de transmisión sexual (solo para menores de edad de 12 años en adelante)
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (solo para menores de edad de 12 años en adelante)

No es necesario que el médico o la clínica sean parte de la red de Kaiser Permanente y no necesita una referencia de su PCP para obtener estos servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY 711). También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY 711) y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Los menores pueden llamar al **1-866-454-8855** (TTY 711) (las 24 horas del día, los 7 días de la semana), hablar en privado con un representante e indicarle que desean hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado acerca de sus inquietudes médicas.

Servicios sensibles para adultos

Los adultos podrían no querer ver a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. En ese caso, puede elegir cualquier médico o clínica para estos tipos de atención:

- Planificación familiar
- Pruebas de VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual

No es necesario que el médico o la clínica sean parte de la red de Kaiser Permanente. No es necesario que su PCP lo remita para este tipo de servicios. Si desea obtener ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY 711). También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY 711) y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



Instrucciones por anticipado

Una disposición de última voluntad para atención médica es un documento legal. Allí puede indicar qué atención médica desea recibir si no puede hablar o tomar decisiones más adelante. Puede hacer una lista de la atención que **no** desea recibir. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome las decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas.

Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado en los Centros de Atención del Plan de Kaiser Permanente sin costo para usted. También puede encontrar un formulario en farmacias, hospitales, despachos de abogados y consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar el formulario si no lo obtiene con nosotros. También puede descargar el formulario sin costo para usted desde nuestro sitio web en **kp.org/espanol**. Puede pedirle ayuda a su familia, al PCP o a alguien en quien confíe para llenar el formulario.

Tiene derecho a que se incluyan sus instrucciones por anticipado en su historia clínica. Tiene derecho de cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Tiene derecho de conocer los cambios en las leyes de instrucciones por anticipado. Kaiser Permanente le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días de realizado dicho cambio.

Dónde obtener atención

Obtendrá la mayor parte de su atención de su PCP, quien le brindará toda la atención preventiva (bienestar) de rutina. También acudirá con su PCP para recibir atención cuando esté enfermo. Asegúrese de llamar a su PCP antes de obtener atención médica que no sea de emergencia. Su PCP lo referirá (enviará) a un especialista, si lo necesita.

Para ver las ubicaciones de los proveedores de la red de Kaiser Permanente, visite nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Para obtener ayuda con sus preguntas médicas, también puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY 711) y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si necesita atención de urgencia, llame a su PCP. La atención de urgencia es la atención que necesita dentro de 48 horas, pero no es de emergencia. Incluye la atención para temas como un resfriado, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos o un esguince.

En caso de emergencias, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral para algunos servicios. Esto significa que tienen el derecho de **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están de acuerdo moralmente. Si su proveedor tiene una objeción moral, puede ayudarle a buscar otro proveedor quien le brindará los servicios que usted necesita. Kaiser Permanente también podrá ayudarle a encontrar un proveedor. Si necesita ayuda para obtener una referencia para otro proveedor, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un miembro de su familia necesiten: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y parto; tratamientos para la infertilidad; o aborto. Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto. Comuníquese con el médico, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica que lo va a atender, o llame al plan de salud al 1-800-464-4000 (TTY 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención para la salud que necesita.

Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente incluye a los proveedores que participan en la red de Kaiser Permanente. La red es el grupo de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente.

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente menciona los centros de atención y los proveedores que están en la red de Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores incluye hospitales, edificios de consultorios médicos, PCP, especialistas, Centros de Salud con Calificación Federal, Clínicas de Salud Rurales que forman parte de la red de Kaiser Permanente.

El Directorio de Proveedores tiene los nombres de los proveedores, las direcciones, los números de teléfono, los horarios de atención y los idiomas que hablan. Indica si el proveedor recibe pacientes nuevos. También proporciona el nivel de accesibilidad física para el edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandales, y baños con puertas anchas y barras de apoyo.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Si necesita un Directorio de Proveedores impreso, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Red de proveedores

La red de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con Kaiser Permanente. Recibirá sus servicios cubiertos a través de la red de Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente es un plan de atención médica administrada. Cuando elige a Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los proveedores de la red.

Si su proveedor de la red, incluido el PCP, hospital u otro proveedor, tiene una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. Consulte el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) para obtener más información sobre las objeciones morales.

Si su proveedor tiene una objeción moral, puede ayudarlo a buscar otro proveedor quien le brindará los servicios que usted necesita. Kaiser Permanente también podrá ayudarlo a encontrar un proveedor.

Dentro de la red

Para sus necesidades de atención médica, usará los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Recibirá atención preventiva y cuidados de rutina de su PCP. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores de la red de Kaiser Permanente.

Para obtener un Directorio de Proveedores de la red, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. También puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Excepto para la atención de emergencia, atención de urgencia o atención sensible, debe obtener la aprobación previa de Kaiser Permanente antes de ver a un proveedor fuera de la red de Kaiser Permanente. Si no obtiene la aprobación previa y acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no sea atención de emergencia, atención de urgencia o atención sensible, es posible que deba pagar los servicios que obtenga de ese proveedor fuera de la red. Los proveedores de Kaiser Permanente que están fuera de su Región Base son proveedores que no pertenecen a la red.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Que no pertenecen a la red o Fuera de su Región Base

Los proveedores que no pertenecen a la red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con Kaiser Permanente.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir con un proveedor que no pertenece a la red, excepto para:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Atención sensible

Si no obtiene una aprobación previa, es posible que deba pagar por la atención de los proveedores que no pertenecen a la red. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de atención sensible, consulte los títulos de este capítulo.

Si necesita servicios que son necesarios desde el punto de vista médico y que están cubiertos por Medi-Cal, pero no están disponibles en la red de Kaiser Permanente, lo aprobaremos y referiremos a un proveedor que no pertenece a la red para que obtenga esos servicios.

Si necesita ayuda para los servicios que no pertenecen a la red, hable con su PCP, o llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si se encuentra fuera del Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal y necesita atención que no sea de emergencia o de urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hable con un profesional de la salud certificado (las 24 horas del día, los 7 días a la semana). Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, Medi-Cal no pagará por su atención.

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana. Kaiser Permanente cubre la atención de emergencia fuera de la red con proveedores que no pertenecen a la red. Si viaja a Canadá o a México y necesita servicios de emergencia que requieren hospitalización, Kaiser Permanente cubrirá su atención. Si viaja a otros países que no sean Canadá o México y necesita atención de emergencia, Kaiser Permanente no cubrirá su atención.

Si tiene preguntas sobre los servicios disponibles de proveedores que no pertenecen a la red o fuera de su Región Base, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).



Médicos

Elegirá a su médico o un médico de cabecera (PCP) del Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente. El médico que elija para ser su PCP debe ser un proveedor participante. Esto significa que el proveedor está en la red de Kaiser Permanente. Para obtener una copia del Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

También debe llamar si desea confirmar que el PCP que usted quiere recibe nuevos pacientes.

Si estaba viendo a un médico antes de ser miembro de Kaiser Permanente, podría mantenerlo durante un tiempo limitado. A esto se le llama continuidad de la atención. Puede obtener más información sobre la continuidad de la atención en esta Guía para Miembros. Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Si necesita un especialista, su PCP le dará una referencia a un especialista en la red de Kaiser Permanente.

Recuerde, si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted lo elige. Si tiene Medicare y Medi-Cal, no tiene que elegir un PCP.

Si desea cambiar de PCP, debe elegir uno del Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente. Asegúrese de que el PCP esté recibiendo pacientes nuevos. Para saber cómo elegir o cambiar un PCP, visite nuestra página web en **kp.org/espanol**, o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). Puede obtener un directorio de nuestros Médicos del Plan en nuestro sitio web **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Hospitales

En caso de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si no es una emergencia y necesita atención en un hospital, su PCP decidirá a qué hospital debe ir, que será un hospital de la red. Los hospitales de la red de Kaiser Permanente aparecen en el Directorio de Proveedores.

Médico de cabecera (“PCP”)

Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de su inscripción a Kaiser Permanente.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Para ayudarlo a encontrar un médico adecuado para usted, puede navegar por nuestros perfiles de médicos en línea en kp.org/facilities (haga clic en “Español”). Puede averiguar qué médicos están recibiendo nuevos pacientes y elegir uno que satisfaga sus necesidades.

Los adultos pueden elegir un médico personal de

- Medicina para adultos/medicina interna
- Medicina familiar
- Especialistas en obstetricia/ginecología a quienes The Permanente Medical Group (“Medical Group”) designa como PCP

Los padres pueden elegir un médico de Pediatría/medicina para adolescentes o Medicina familiar (para niños de hasta 18 años) para que sea el PCP de su hijo.

Cada miembro de la familia con cobertura puede elegir su propio médico personal. Según su tipo de proveedor, podrá elegir un PCP para todos los integrantes de su familia que sean Miembros de Kaiser Permanente.

También puede elegir obtener su atención médica primaria en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”), un centro del Servicio de Salud para la Población Indígena (Indian Health Facility, “IHF”) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”) en nuestra red en el Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal. Deberá elegir un médico de un FQHC o RHC como su PCP. Estos centros de salud están ubicados en áreas que no tienen muchos servicios de atención para la salud.

Si no elige un PCP en 30 días después de la inscripción, elegiremos uno por usted.

Puede cambiar a otro médico de Kaiser Permanente disponible en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cambiar de médico en línea en cualquier momento en kp.org/espanol o puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Su PCP hará lo siguiente:

- Conocerá sus antecedentes de salud y sus necesidades
- Mantendrá actualizada su historia clínica
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que necesita
- Lo referirá (enviará) a un especialista si lo necesita
- Organizará su atención en un hospital si lo necesita



Puede consultar el Directorio de Proveedores para encontrar un PCP de la red de Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores tiene una lista de los proveedores que trabajan con Kaiser Permanente.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). O puede solicitar que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores llamando al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Elección de médicos y otros proveedores

Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted elige su PCP.

Es mejor permanecer con el mismo PCP para que este pueda conocer sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si desea cambiarse con otro PCP, lo puede hacer en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté en la red de proveedores de Kaiser Permanente y que reciba pacientes nuevos.

Puede cambiar a otro médico de Kaiser Permanente disponible en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cambiar de médico en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol** o puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Podríamos pedirle que cambie su PCP si el PCP no está recibiendo pacientes nuevos, ha dejado de pertenecer a nuestra red o no atiende a pacientes de su edad. También es posible que nosotros o su PCP le pidamos que cambie a un PCP nuevo si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si suele faltar a las citas o llegar tarde a ellas. Si necesitamos cambiar a su PCP, se lo diremos por escrito.

Citas y consultas

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su PCP
- Tenga su número de historia clínica de Kaiser Permanente (que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente) a la mano cuando llame
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si la oficina está cerrada
- Lleve su BIC, la tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía a su cita
- Solicite transporte para su cita, si es necesario
- Solicite asistencia de idiomas o servicios de interpretación, si es necesario
- Llegue a tiempo a su cita



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Llame de inmediato si no puede ir a su cita o llegará tarde
- Tenga listas sus preguntas e información sobre los medicamentos, en caso de que las necesite

Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana

Pago

No tiene que pagar por los servicios cubiertos. En la mayoría de los casos, no recibirá una factura de un proveedor. Puede recibir una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, “EOB”) o un estado de cuenta de Kaiser Permanente. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Indíquenos el importe facturado, la fecha del servicio y el motivo de la factura. Usted no debe pagar a un proveedor ningún monto por servicios cubiertos que le corresponden a Kaiser Permanente.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir con un proveedor que no pertenece a la red, excepto para:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Atención sensible

Si no obtiene una aprobación previa, es posible que deba pagar por la atención de los proveedores que no pertenecen a la red. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de atención sensible, consulte los títulos de este capítulo.

Si necesita servicios que son necesarios desde el punto de vista médico y que están cubiertos por Medi-Cal, pero no están disponibles en la red de Kaiser Permanente, lo aprobaremos y referiremos a un proveedor que no pertenece a la red para que obtenga esos servicios.

Si recibe una factura o se le pide que pague un copago cuando cree que no correspondería, también puede presentar un formulario de reclamo. Deberá indicar por escrito por qué tuvo que pagar por el producto o servicio. Leeremos su reclamo y decidiremos si puede recuperar su dinero. Puede obtener el formulario de reclamo en línea en kp.org/espanol. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamo.



Referencias

Su PCP le dará una referencia para enviarlo a un especialista si lo necesita. Un especialista es un médico que se especializó en un área de la medicina. Su PCP lo ayudará a elegir un especialista. La oficina de su PCP le puede ayudar a programar una cita para ver al especialista.

A continuación, se incluyen ejemplos de especialistas que requieren una referencia:

- Cirugía
- Ortopedia
- Cardiología
- Oncología
- Dermatología
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla

Además, su PCP debe referirlo antes de que pueda recibir atención por parte de proveedores de servicios para el autismo calificados.

Si tiene un problema de salud que necesita atención médica especial durante un largo tiempo, podría necesitar una referencia abierta. Esto significa que podrá acudir con el mismo especialista más de una vez, sin necesidad de obtener una referencia cada vez.

Si tiene dificultades para obtener una referencia abierta o quiere una copia de la política de referencias de Kaiser Permanente, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

No necesita una referencia para lo siguiente:

- Consultas con el PCP
- Médicos de medicina para adultos, medicina familiar y pediatría
- Especialistas en optometría, salud mental y tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias
- Consultas de obstetricia y ginecología
- Atención de urgencia o de emergencia
- Servicios sensibles para adultos, como atención por agresión sexual
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame al Servicio de Información y Referencias de Planificación Familiar de California al **1-800-942-1054**)
- Pruebas de VIH y asesoramiento (solo para menores de edad de 12 años en adelante)



3 | Cómo obtener atención

- Tratamiento para infecciones de transmisión sexual (solo para menores de edad de 12 años en adelante)
- Acupuntura
- Servicios de podología
- Servicios quiroprácticos

Los menores tampoco necesitan una referencia para lo siguiente:

- Servicios de salud mental como paciente ambulatorio (solo para menores de edad de 12 años en adelante) para lo siguiente:
 - ◆ Abuso sexual o físico
 - ◆ Cuando podría lastimarse o lastimar a los demás
- Atención del embarazo
- Atención por agresión sexual, incluida la violación
- Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (solo para menores de edad de 12 años en adelante)

Aunque no se requiere una referencia ni aprobación previa para recibir la mayoría de la atención de estos proveedores, es posible que se necesite una referencia en las siguientes situaciones:

- El proveedor tal vez necesite obtener aprobación previa para ciertos servicios
- El proveedor tal vez tenga que remitirlo a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o condición

Aprobación previa

Para algunos tipos de atención, su PCP o especialista necesitarán pedir permiso a The Permanente Medical Group (“Medical Group”) antes de que le brinden la atención. A esto se le llama solicitud de autorización previa, aprobación previa o preaprobación. Significa que el Medical Group debe asegurarse de que la atención es necesaria desde el punto de vista médico.

La atención es necesaria desde el punto de vista médico si es razonable y necesaria para proteger su vida, impide que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reduce el dolor intenso a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, condición o lesión.

A continuación se incluyen ejemplos de servicios que siempre necesitan aprobación previa:

- Equipo médico duradero
- Suministros para ostomía y urológicos



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

3 | Cómo obtener atención

- Servicios que no están disponibles a través de proveedores de la red
- Trasplantes
- Servicios fuera de la red, incluida la hospitalización (excepto servicios sensibles)

Para ver la lista completa de servicios que requieren autorización previa y los criterios que se utilizan para tomar decisiones sobre autorizaciones, visite nuestro sitio web en **kp.org/UM** (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Nunca necesitará una aprobación previa para atención de emergencia, atención de urgencia o atención sensible, incluso si no pertenece a la red. Esto incluye el trabajo de parto y parto si está embarazada.

Para algunos servicios, necesita aprobación previa (autorización previa). Según la Sección 1367.01 (h)(1) del Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code), The Permanent Medical Group (“Medical Group”) decidirá las autorizaciones previas de rutina en un plazo de 5 días hábiles cuando el Medical Group obtenga la información razonablemente necesaria para tomar una decisión.

Para las solicitudes que indica un proveedor o que la persona designada por el Medical Group que corresponda determina que resolver dentro del plazo normal podría poner en peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función total, el Medical Group tomará una decisión de autorización acelerada (rápida). Informaremos tan pronto como su condición de salud lo requiera y en un plazo no mayor de 72 horas después de haber recibido la solicitud de servicios.

Kaiser Permanente no les paga a los revisores para que rechacen la cobertura ni los servicios. Si el Medical Group no aprueba la solicitud, le enviaremos una Notificación de Acción (Notice of Action, “NOA”). La NOA le dirá cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

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

Segundas opiniones

Es posible que quiera obtener una segunda opinión sobre la atención que su proveedor indica que necesita, o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, es posible que quiera una segunda opinión si no está seguro de que necesita un tratamiento recetado o una cirugía, o si ha intentado seguir un plan de tratamiento y no ha funcionado.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Para obtener una segunda opinión, llame a su PCP. Su PCP puede referirlo a un proveedor de la red que sea un profesional médico calificado adecuadamente para su condición médica a fin de pedirle una segunda opinión. También puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para ayudarlo a programar una con un proveedor de la red.

Pagaremos una segunda opinión si usted o su proveedor de la red lo solicita y usted obtiene una segunda opinión de un proveedor de la red. No es necesario solicitar nuestra autorización para obtener una segunda opinión de un proveedor de la red.

Si no hay ningún proveedor en la red de Kaiser Permanente que pueda darle una segunda opinión, pagaremos una segunda opinión de un proveedor que no pertenezca a la red. Si ninguno de los médicos de la red es un profesional médico debidamente calificado para tratar su condición, un representante de Servicio a los Miembros le ayudará a programar una consulta con un proveedor que no pertenezca a la red para solicitar una segunda opinión. Le diremos dentro de los 5 días hábiles siguientes si aprobamos al proveedor que eligió para obtener una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica, grave o severa, o se enfrenta a una amenaza inmediata y grave para su salud, que incluye, entre otros, la pérdida de la vida, extremidades o una parte importante del cuerpo o funciones del organismo, decidiremos en un plazo de 72 horas.

Si rechazamos su solicitud para obtener una segunda opinión, puede presentar una apelación (o queja formal). Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) de esta Guía para Miembros.

Especialistas en salud de la mujer

Puede consultar con un especialista en salud de la mujer de la red para la atención cubierta necesaria a fin de que le brinde servicios de atención para la salud de la mujer de rutina y preventivos. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para ayudarla a encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Acceso oportuno a la atención

| Tipo de Cita | Se Debe Ofrecer una Cita Antes de |
|--|-----------------------------------|
| Citas de atención de urgencia (las citas de atención de urgencia no requieren aprobación previa) | 48 horas |
| Citas de atención médica primaria no urgentes | 10 días hábiles |



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

| Tipo de Cita | Se Debe Ofrecer una Cita Antes de |
|---|---|
| Especialista no urgente | 15 días hábiles |
| Proveedor de salud mental no urgente (no médico) | 10 días hábiles |
| Citas no urgentes para servicios auxiliares relacionados con el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud | 15 días hábiles |
| Tiempos de espera telefónica para Servicio a los Miembros durante el horario de atención normal | 10 minutos |
| Triaje: Servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana | Servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana: No más de 30 minutos |
| Atención prenatal inicial | 10 días hábiles |

Si prefiere hacer una cita para una fecha posterior, que sea más conveniente para usted, o consultar con un proveedor de Kaiser Permanente de su preferencia, respetaremos su decisión. En algunos casos, es posible que deba esperar más tiempo del que se indica en la lista si un profesional del cuidado de la salud autorizado decide que programar la cita para una fecha posterior no tendrá un efecto negativo en su salud.

Las normas sobre la disponibilidad de citas no se aplican a los servicios de atención preventiva. Su médico puede recomendar un cronograma específico para los servicios preventivos, de acuerdo con sus necesidades. Además, los estándares no se aplican a la atención periódica de seguimiento para condiciones crónicas o a las referencias abiertas para consultar especialistas.

Servicios de interpretación

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando obtenga Servicios cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención sin costo para usted. No recomendamos el uso de menores o familiares como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Tiempo de viaje y distancia hacia la atención

Kaiser Permanente debe seguir los estándares del tiempo de viaje y distancia para su atención. Esos estándares ayudan a garantizar que pueda recibir atención sin tener que viajar demasiado o muy lejos de donde vive. Los estándares de tiempo y distancia de viaje son diferentes según el condado en el que vive.

Si no podemos brindarle atención dentro de estos estándares de tiempo y distancia de viaje, se puede utilizar un estándar diferente llamado estándar de acceso alternativo. Para ver los estándares de tiempo y distancia del lugar donde vive, visite kp.org/espanol. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si necesita atención de un especialista y ese proveedor se encuentra lejos de donde vive, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) a fin de obtener ayuda para encontrar atención con un especialista más cercano a usted. Si no podemos encontrar atención para usted con un especialista más cercano, puede solicitar que organicemos el transporte para que vea a un especialista, incluso si ese especialista se encuentra lejos de donde vive. Se considera lejos si no puede llegar a ese especialista dentro de los estándares de tiempo de viaje y distancia para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que pueda existir para su Código Postal.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

4. Beneficios y servicios

Qué cubre su plan de salud

Esta sección explica todos sus servicios cubiertos como miembro de Kaiser Permanente. Sus servicios cubiertos no tienen costo si son necesarios desde el punto de vista médico y los proporciona un proveedor de la red. En algunos casos, podemos cubrir los servicios necesarios desde el punto de vista médico de un proveedor que no pertenece a la red. Debe solicitarnos una aprobación previa si la atención que no pertenece a la red no es para servicios sensibles o servicios de atención de emergencia o urgencia. La atención es necesaria desde el punto de vista médico si es razonable y necesaria para proteger su vida, impide que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reduce el dolor a través del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, condición o lesión.

Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Los únicos servicios que puede obtener de proveedores que no pertenecen a la red son los siguientes:

- Atención médica en un centro del Servicio de Salud para la Población Indígena
- Servicios de ambulancia de emergencia
- Servicios de emergencia y atención de posestabilización
- Servicios de planificación familiar
- Atención de urgencia fuera del área
- Referencias a proveedores que no pertenecen a la red
- Algunos servicios sensibles

Ofrecemos estos tipos de servicios:

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios de emergencia
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Hospitalización
- Cuidados de maternidad y del recién nacido
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
- Servicios de laboratorio y radiología, como rayos X
- Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios de salud mental
- Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios pediátricos
- Servicios para la vista
- Servicios de investigación
- Transporte médico en casos que no sean de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, "NEMT")
- Transporte no médico (Non-Medical Transportation, "NMT")
- Cirugía reconstructiva
- Servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, "LTSS")
- Servicios de telesalud

Lea cada una de las siguientes secciones para obtener más información sobre los servicios que puede recibir.

Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Permanente y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS), y como se indique en esta Guía para Miembros y cualquier otra enmienda.

Beneficios de Medi-Cal

Servicios para pacientes ambulatorios

- ***Vacunas para Adultos***

Puede obtener las vacunas para adultos de una farmacia o proveedor de la red sin aprobación previa. Cubrimos las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

▪ **Atención de alergias**

Cubrimos las pruebas y el tratamiento necesario desde el punto de vista médico para las alergias, incluidas la desensibilización, hiposensibilización o inmunoterapia contra las alergias.

▪ **Servicios de un anestesiólogo**

Cubrimos los servicios de anestesia que son necesarios desde el punto de vista médico cuando recibe atención como paciente ambulatorio.

Respecto a los procedimientos dentales, cubrimos los siguientes servicios cuando los autoriza The Permanente Medical Group:

- Servicios de anestesia general y de sedación intravenosa administrados por un profesional médico
- Servicios en centros de atención relacionados con la sedación o la anestesia en un centro quirúrgico ambulatorio, una Clínica de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Clinic, "FQHC"), un consultorio dental o un centro hospitalario

No cubrimos ningún otro servicio asociado con la atención dental, como los servicios del dentista.

▪ **Servicios quiroprácticos**

Cubrimos servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual. Los servicios quiroprácticos están limitados a dos servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, de terapia ocupacional y terapia del habla. Podemos preaprobar otros servicios según sea necesario desde el punto de vista médico.

Los siguientes miembros son elegibles para servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años;
- Mujeres embarazadas hasta el final del mes que incluye 60 días después del final de un embarazo;
- Residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de atención intermedia o en un centro de atención subaguda, o
- Todos los miembros cuando los servicios se brindan en los departamentos ambulatorios de un hospital, un FQHC o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC)

▪ **Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios**

Cubrimos las cirugías y otros procedimientos para pacientes ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico.



▪ **Servicios de diálisis/hemodiálisis**

Cubrimos los tratamientos de diálisis necesarios desde el punto de vista médico. También cubrimos los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) y diálisis peritoneal. Deberá cumplir todos los criterios médicos establecidos por The Permanente Medical Group y por el centro de atención donde se realiza la diálisis.

No cubrimos lo siguiente:

- Equipo, suministros y herramientas de comodidad, conveniencia o lujo
- Artículos no médicos, como generadores o accesorios para hacer que los equipos de diálisis en el hogar sean portátiles para viajar

▪ **Servicios médicos**

Cubrimos los servicios médicos necesarios desde el punto de vista médico. Se podrán brindar algunos servicios como cita en grupo.

▪ **Servicios de podología (para los pies)**

Cubrimos servicios de podología según sean necesarios desde el punto de vista médico para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctrico del pie humano, incluidos el tobillo y los tendones que se insertan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que rigen la actividad del pie.

▪ **Terapias de tratamiento**

Cubrimos las terapias de tratamiento necesarias desde el punto de vista médico, que incluyen las siguientes:

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Medicamentos y productos administrados. Estos son medicamentos y productos que requieren administración u observación por parte del personal médico. Cubrimos estos artículos cuando un proveedor de la red se los receta a usted, de acuerdo con nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, y se administran en un Centro del Plan o durante las visitas en el hogar. Los ejemplos de medicamentos administrados que cubrimos incluyen:
 - ♦ Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas
 - ♦ Medicamentos y productos que se administran mediante terapia intravenosa o inyección que no son para quimioterapia contra el cáncer, incluidos productos de factor sanguíneo y productos biológicos (“biológicos”) derivados de tejidos, células o sangre



- ◆ Otros medicamentos y productos administrados

Servicios de salud mental

- **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios**

Cubrimos servicios de salud mental proporcionados por un proveedor de la red. No necesita una referencia para ver a un proveedor de salud mental dentro de la red de Kaiser Permanente. Puede obtener una evaluación inicial de salud mental sin aprobación previa o una referencia. Si su proveedor de salud mental determina que tiene una condición de salud mental leve o moderada o tiene un deterioro del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento, podemos proporcionarle servicios de salud mental.

Cubrimos los siguientes servicios para condiciones de salud mental leves a moderadas:

- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
 - ◆ Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia)
 - ◆ Pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno de salud mental
 - ◆ Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas
 - ◆ Servicios para pacientes ambulatorios a fin de supervisar el tratamiento farmacológico
 - ◆ Consultas de psiquiatría
- Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios a fin de tratar su trastorno de salud mental (consulte “Medicamentos recetados”)
- Servicios de imágenes diagnósticas y de laboratorio relacionados con el tratamiento de su trastorno de salud mental (consulte “Servicios de laboratorio y de imágenes diagnósticas”)

Para obtener más información sobre los servicios de salud mental que brinda Kaiser Permanente, puede llamar al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Servicios especializados de salud mental para Miembros de los Condados de Amador, El Dorado y Placer.

No cubrimos servicios especializados de salud mental para miembros en los condados de Amador, El Dorado y Placer. Para obtener información sobre los servicios especializados de salud mental disponibles para los miembros en los Condados de



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Amador, El Dorado y Placer, consulte “Servicios que puede obtener a través de Pagos por Servicio (Fee-for-Service, FFS) de Medi-Cal” en “Lo que Kaiser Permanente no cubre” más adelante en este capítulo.

Servicios especializados de salud mental para Miembros del Condado de Sacramento

Para los Miembros que viven en el Condado de Sacramento, Kaiser Permanente brinda servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS). Debe obtener los SMHS a través de los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental que brinda Kaiser Permanente, puede llamar al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Cubrimos los siguientes servicios especializados de salud mental:

- ***Servicios para pacientes ambulatorios:***
 - Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, tratamiento, rehabilitación y otros relacionados)
 - Servicios de apoyo con medicamentos
 - Servicios intensivos de tratamiento diurno
 - Servicios de rehabilitación diurnos
 - Servicios de intervención en casos de crisis
 - Servicios de estabilización en casos de crisis
 - Servicios específicos de administración de casos
 - Servicios de comportamiento terapéuticos
- ***Servicios residenciales:***
 - Servicios de tratamiento residencial para adultos
 - Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- ***Servicios para pacientes hospitalizados:***
 - Servicios hospitalarios agudos para pacientes psiquiátricos
 - Servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
 - Servicios en centros de salud psiquiátricos

Los siguientes servicios especializados adicionales de salud mental están disponibles a través del Condado de Sacramento. Si necesita los servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de Kaiser Permanente lo referirá a un proveedor del plan de salud mental del condado:



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Coordinación de la atención intensiva (Intensive Care Coordination, ICC)
- Servicios intensivos basados en el hogar (Intensive Home-Based Services, IHBS)
- Cuidados de crianza terapéuticos (Therapeutic Foster Care, TFC)

Servicios de emergencia

▪ **Servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados necesarios para tratar una emergencia médica**

Cubrimos todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurre en los EE. UU. o que requiere que esté en un hospital en Canadá o México. Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona, con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que resultará en lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud; ○
- Un daño grave a las funciones corporales; ○
- Una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo; ○
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, cuando está en trabajo de parto y que podría ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
 - ◆ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto
 - ◆ El traslado podría amenazar su salud o seguridad, o la de su hijo por nacer

▪ **Servicios de transporte de emergencia**

Cubrimos servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de atención más próximo en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es tan grave que otros medios para llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su salud o su vida. No se cubre ningún servicio fuera de los EE. UU., excepto los servicios de emergencia que requieren que esté en el hospital en Canadá o México.

▪ **Servicios de la sala de emergencias**

Cubrimos todos los servicios de la sala de emergencias necesarios para tratar una emergencia médica. Recuerde, una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría poner en riesgo su salud o su cuerpo.



Educación para la salud

Cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud que su médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP) u otros proveedores brindan durante una cita o consulta.

También cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud a fin de ayudarle a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos los programas para dejar de fumar, controlar el estrés y condiciones crónicas (como diabetes y asma).

Para obtener más información acerca de nuestros consejos, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud de su Centro de Atención del Plan local. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o visitar nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

Cuidados paliativos y para enfermos terminales

▪ *Cuidados paliativos*

Los miembros que estén próximos a la muerte pueden elegir recibir cuidados paliativos para su enfermedad terminal. Esta atención ayuda con los malestares de alguien que está en agonía, y también ayuda al cuidador y a la familia de esa persona.

Si elige cuidados paliativos:

- Los adultos a partir de los 21 años reciben atención para aliviar el dolor y otros síntomas de su enfermedad terminal, pero no se trata la enfermedad
- Los menores de 21 años reciben atención para aliviar el dolor y otros síntomas de su enfermedad terminal y pueden elegir continuar recibiendo tratamiento para su enfermedad

Puede cambiar su decisión de recibir cuidados paliativos en cualquier momento. Debe expresar por escrito su decisión de comenzar a recibir o de dejar de recibir cuidados paliativos y seguir las normas de Medi-Cal.

Cubrimos los servicios de cuidados paliativos solo si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un médico de la red diagnóstica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su expectativa de vida es menor a 6 meses
- Los servicios se brindan en un área donde Kaiser Permanente tiene licencia para operar



- Los servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un proveedor de la red
- Un médico de la red determina que los servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados

Si se cumplen los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes servicios de cuidados paliativos:

- Servicios de médicos de la red
- Atención de enfermería especializada, evaluación y administración de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y control de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia y capacitación para los cuidadores
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para controlar los síntomas o permitirle realizar actividades de la vida diaria
- Terapia respiratoria
- Servicios medicosociales
- Auxiliar de salud domiciliaria y ayuda para comer, bañarse y vestirse
- Medicamentos para controlar el dolor y para ayudarlo con otros síntomas de su enfermedad terminal con un suministro de hasta 100 días cada vez que resurte su receta según las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Deberá obtener estos medicamentos en una farmacia de la red. Para algunos medicamentos cubrimos un suministro de hasta 30 días en un periodo de 30 días. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** para obtener una lista actualizada de estos medicamentos
- Equipo médico duradero
- Atención de relevo cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de atención ocasional para pacientes hospitalizados, a corto plazo y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos por vez
- Orientación para ayudar con el duelo
- Consejos sobre alimentación

También cubrimos los siguientes servicios paliativos solo durante periodos de crisis cuando son necesarios desde el punto de vista médico para aliviar o tratar los síntomas médicos agudos:

- Atención de enfermería continua hasta por 24 horas al día, según sea necesaria para mantenerlo en el hogar
- Atención médica como paciente hospitalizado a corto plazo necesaria a un nivel que no pueda ofrecerse en el hogar



- **Cuidados paliativos**

Cubrimos los cuidados paliativos para los Miembros que cumplen los criterios de elegibilidad de Medi-Cal para estos servicios. Los cuidados paliativos reducen las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los miembros con enfermedades graves.

Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados en un centro para enfermos terminales al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados en un centro para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a los cuidados en un centro para enfermos terminales en cualquier momento.

Hospitalización

- **Servicios de un anesthesiólogo**

Cubrimos los servicios de anesthesiólogo necesarios desde el punto de vista médico durante las hospitalizaciones. Un anesthesiólogo es un proveedor que se especializa en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicina que se usa durante algunos procedimientos médicos.

- **Servicios para pacientes hospitalizados**

Cubrimos la atención del paciente hospitalizado necesaria desde el punto de vista médico cuando se le ingresa al hospital. Los servicios incluyen alojamiento, medicamentos, equipo, imágenes diagnósticas y servicios de laboratorio, así como otros servicios que brinda generalmente el hospital.

- **Servicios quirúrgicos**

Cubrimos las cirugías necesarias desde el punto de vista médico realizadas en un hospital.

Cuidados de maternidad y del recién nacido

Cubrimos estos servicios de maternidad y cuidado del recién nacido cuando son necesarios desde el punto de vista médico:

- **Educación sobre la lactancia materna**

Cubrimos el apoyo integral en la lactancia.



- ***Extractores de leche y suministros***

Proporcionaremos un extractor de leche regular por embarazo y un conjunto de suministros para acompañarlo. Si es necesario desde el punto de vista médico que use un extractor de leche de grado hospitalario, cubriremos el alquiler o la compra de uno. Los extractores de leche de grado hospitalario son Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, “DME”) y deben preaprobarse para usted. Elegiremos al proveedor y deberá devolver el extractor de leche de grado hospitalario cuando ya no lo necesite.

- ***Parto y atención posparto***

Cubrimos los servicios en el hospital y la atención posparto.

- ***Servicios de enfermera partera***

Cubrimos los servicios de una enfermera partera certificada.

- ***Atención prenatal***

Cubrimos una serie de exámenes de atención prenatal.

- ***Servicios del centro de partos***

Cubrimos servicios en los centros de partos que son proveedores del Comprehensive Perinatal Services Program (CPSP) aprobados por Medi-Cal. Los servicios de los centros de partos alternativos son una alternativa a los cuidados de maternidad hospitalarios para mujeres con embarazos de bajo riesgo. Si quiere tener a su bebé en uno de estos centros y desea saber si reúne los requisitos, consulte a su médico.

- ***Diagnóstico de trastornos genéticos fetales y asesoramiento***

Medicamentos recetados, suministros y suplementos

Medicamentos cubiertos

Cubrimos los artículos necesarios desde el punto de vista médico que requieren una receta médica y ciertos artículos que están disponibles sin receta. Cubrimos artículos recetados por proveedores de la red, dentro del ámbito de su licencia y práctica, y de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Nuestra lista de medicamentos recetados disponibles incluye una lista de los medicamentos aprobados para nuestros Miembros. A la lista de medicamentos a veces se le denomina “lista de medicamentos preferidos”. Los medicamentos en la lista de medicamentos recetados disponibles son seguros y eficaces. La lista es actualizada periódicamente por un grupo de médicos y farmacéuticos. Esta actualización ayuda



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

a asegurar que los medicamentos que incluye sean seguros y eficaces. Cubrimos un medicamento que no está en la lista de medicamentos recetados disponibles para su condición si su médico considera que es necesario desde el punto de vista médico para usted.

También cubrimos artículos recetados por los siguientes proveedores que no pertenecen a la red:

- Dentistas, si el medicamento es para atención dental
- Médicos que no pertenecen a la red, si The Permanente Medical Group autoriza una referencia por escrito al médico que no pertenece a la red y el artículo tiene cobertura como parte de la referencia
- Médicos que no pertenecen a la red, si el artículo es un servicio de emergencia o de atención de urgencia fuera del área con cobertura
 - ◆ Una farmacia o una sala de emergencia de un hospital que no pertenece a la red puede darle un suministro de emergencia para hasta 72 horas
- Médicos que no pertenecen a la red, si el medicamento se relaciona con servicios de salud mental Short-Doyle
- Médicos que no pertenecen a la red, si el medicamento se relaciona con servicios especializados de salud mental para los Miembros de los Condados de Amador, El Dorado o Placer

Para saber si un medicamento está incluido en la lista de medicamentos recetados disponibles o para obtener una copia de la lista, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. También puede visitar nuestro sitio web **kp.org/formulary** (haga clic en “Español”).

Nota: La inclusión de un medicamento en nuestra lista no significa necesariamente que su médico lo recetará para una condición médica en particular.

Límite de días de suministro

Existe un límite en la cantidad de un medicamento u otro artículo que se puede entregar por vez.

- ***Anticonceptivos hormonales***

El médico que los receta determina la cantidad de medicamento o dispositivo anticonceptivo recetado. Con relación al límite de días de suministro, los médicos de la red determinan la cantidad de anticonceptivos que constituye un suministro necesario desde el punto de vista médico (30, 100 o 365 días). El máximo que podrá recibir por vez de anticonceptivos hormonales es un suministro de 365 días.



- **Todos los demás artículos**

El médico o dentista que extienda la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento recetado. Los médicos de la red deciden la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento que sea necesario desde el punto de vista médico de un suministro para 30 o 100 días para usted. El máximo que puede recibir por vez para un producto cubierto puede ser de 30 días en un periodo de 30 días o de 100 días en un periodo de 100 días. Las cantidades de medicamentos o productos que superen el límite de días de suministro no están cubiertas.

La farmacia puede reducir a 30 los días de suministro que entregue en cualquier periodo de 30 días si la farmacia determina que hay existencias limitadas del artículo o para medicamentos específicos (la farmacia de la red le explicará si un medicamento que usted use es uno de estos medicamentos).

Farmacias

Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo, excepto si el artículo es parte de los servicios de emergencia o atención de urgencia fuera del área de servicio cubiertos. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestra página web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** para obtener las ubicaciones y los horarios de las farmacias de la red en su área.

Cuando haya elegido una farmacia de la red, lleve su receta médica a la farmacia. Entregue su receta médica con su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Asegúrese de que la farmacia sepa todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, asegúrese de consultar al farmacéutico.

Cuando necesite volver a surtir una receta médica, puede llamar por anticipado, usar el servicio de pedidos por correo o solicitarlo en línea. Algunas farmacias no aceptan volver a surtir recetas médicas con cobertura y no todos los medicamentos pueden enviarse a través del servicio de pedidos por correo. Consulte en una farmacia de la red o en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”) si tiene alguna pregunta sobre si el medicamento que le recetaron se puede enviar por correo o se debe obtener en una farmacia de la red. Los artículos disponibles a través del servicio de pedidos por correo están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso.



Medicamentos de la Lista II

Usted o su médico pueden decirle a una farmacia que le brinde menos de la cantidad recetada de un medicamento de la Lista II cubierto por vez. Si no sabe si su receta médica es para un medicamento de la Lista II, puede consultar con su farmacia.

Medicare Parte D

Si está cubierto por Medi-Cal y es elegible, o si está inscrito en la cobertura de Medicare Parte D, Medicare Parte D paga primero. A veces, es posible que un medicamento cubierto por Medi-Cal no esté cubierto por Medicare Parte D. Si Medicare no cubre un medicamento que tenía cobertura de Medi-Cal, es posible que aún esté cubierto por la cobertura de Medi-Cal. Si es miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage y desea obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D, consulte la Evidencia de Cobertura de Senior Advantage. También puede obtener información sobre cómo recibir ayuda adicional para pagar los gastos de bolsillo.

Para obtener más información acerca de Medicare Parte D (incluido cómo inscribirse en la Parte D), llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**.

También puede llamar a la línea telefónica gratuita de Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (TTY **1-877-486-2048**) o visitar su sitio web **es.medicare.gov**.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación

Cubrimos los servicios de rehabilitación y habilitación que se describen a continuación, si se cumplen todas estas condiciones:

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico
- Los servicios se brindan para atender una condición de salud
- Los servicios son para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria
- Usted recibe los servicios en un centro de atención de la red, salvo que un médico de la red determine que es necesario desde el punto de vista médico para usted recibir los servicios en otra ubicación

Cubrimos los siguientes servicios para Miembros que necesitan servicios de rehabilitación y habilitación:

- **Acupuntura**

Cubrimos servicios de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor agudo, crónico y persistente que resulta de una condición médica generalmente reconocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios (con o sin estimulación



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

eléctrica de las agujas) están limitados a dos servicios por mes, en combinación con los servicios de audiología, quiroprácticos, de terapia ocupacional y del habla. Podemos preaprobar servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico.

- ***Audiología (audición)***

Cubrimos servicios de audiología. La audiología para pacientes ambulatorios está limitada a dos servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, quiroprácticos, de terapia ocupacional y del habla. Podemos preaprobar servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico.

- ***Tratamientos de salud del comportamiento***

Tratamiento de salud del comportamiento (Behavioral Health Treatment, BHT) se refiere a programas de servicios y tratamiento, incluido el análisis del comportamiento y programas de intervención en el comportamiento según la evidencia para desarrollar o restaurar, tanto como sea posible, el funcionamiento de una persona.

Cubrimos los servicios de BHT si tiene menos de 21 años, tiene comportamientos que interfieren significativamente con la vida en el hogar o en la comunidad (algunos ejemplos incluyen enojo, violencia, autolesiones, escaparse o dificultad con las habilidades para vivir, para el juego o la comunicación) y está estable desde el punto de vista médico.

Los servicios de BHT enseñan habilidades a través de la observación del comportamiento y el refuerzo, o a través de ideas para enseñar cada paso de un comportamiento meta. Los servicios de BHT se basan en evidencia confiable y no son experimentales. Los ejemplos de los servicios de BHT incluyen intervenciones en el comportamiento, paquetes de intervención en el comportamiento cognitivo, tratamiento integral del comportamiento y análisis del comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser necesarios desde el punto de vista médico, estar recetados por un médico o un psicólogo con licencia, contar con la aprobación de The Permanente Medical Group y brindarse de una manera que siga el plan de tratamiento aprobado.

El plan de tratamiento:

- Debe estar elaborado por un proveedor de la red que sea un proveedor calificado de servicios para tratar el autismo y puede administrarlo un proveedor calificado de servicios para tratar el autismo, un profesional calificado de servicios para tratar el autismo o un paraprofesional calificado de servicios para tratar el autismo



- Tiene objetivos individualizados tangibles a lo largo de un plazo específico, que son desarrollados y aprobados por el proveedor calificado de servicios para tratar el autismo para que sean aplicados al miembro que está siendo tratado
- Es revisado, por lo menos, una vez cada seis meses por el proveedor calificado de servicios para tratar el autismo y se modifica siempre que sea necesario
- Asegura que las intervenciones se ajusten a las técnicas basadas en la evidencia del BHT
- Incluye coordinación de la atención que implica a los padres o cuidadores, la escuela, los programas estatales para la discapacidad y otros, según corresponda
- Incluye capacitación, apoyo y oportunidades de participación para los padres o cuidadores
- Describe las deficiencias de salud del comportamiento del miembro que se van a tratar y los criterios de evaluación de la medición de los resultados utilizados para medir el logro de los objetivos de comportamiento
- Incluye el tipo de servicio, el número de horas y la participación de los padres necesaria para alcanzar la meta y los objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el avance del miembro
- Utiliza prácticas basadas en las pruebas, con eficacia clínica comprobada, para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo o del autismo

Nota: Los servicios de BHT se suspenderán cuando se hayan alcanzado las metas y los objetivos del tratamiento o cuando ya no sean adecuados.

No cubrimos lo siguiente:

- BHT que se proporciona cuando no se espera un beneficio clínico continuado
- Servicios que son principalmente de relevo, cuidados diurnos o educativos
- Reembolso por la participación de los padres en un programa de tratamiento
- Tratamiento cuando el objetivo es vocacional o recreativo
- Atención de custodia que se proporciona principalmente (i) para ayudar en las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, comer y mantener la higiene personal), (ii) para mantener la seguridad del miembro o de otros y (iii) que podría ser proporcionada por personas sin habilidades o capacitación profesionales
- Procedimientos que se realizan y servicios y suministros que se proporcionan en un entorno no convencional que incluye, entre otros, centros vacacionales, balnearios y campamentos



- Servicios que proporcione uno de los padres, un tutor legal o una persona legalmente responsable

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

▪ **Rehabilitación cardíaca**

Cubrimos los servicios de rehabilitación cardíaca para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

▪ **Equipo médico duradero (“DME”)**

El equipo médico duradero requiere aprobación previa. Cubrimos los artículos necesarios desde el punto de vista médico que un médico le receta. El artículo debe ser necesario para ayudarle con las actividades de la vida diaria o para prevenir una discapacidad física mayor.

Cubrimos la compra o el alquiler de suministros médicos, equipos y otros servicios recetados por un médico si el artículo es necesario desde el punto de vista médico y ha sido aprobado previamente para usted. La cobertura se limita al artículo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos el proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado.

No cubrimos lo siguiente:

- Equipo o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo, excepto para los extractores de leche regulares, como se describe en “Extractores de leche y suministros” bajo el título “Cuidados de maternidad y del recién nacido” en este capítulo
- Artículos no destinados a mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipos de ejercicio (incluidos los dispositivos destinados a proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas)
- Equipo de higiene
- Artículos no médicos, como baños de sauna o ascensores
- Modificaciones a su hogar o auto
- Dispositivos para analizar la sangre u otras sustancias corporales (excepto los monitores de glucosa en sangre para diabetes y sus suministros)
- Monitores electrónicos del corazón o pulmones, excepto monitores de apnea infantil
- Reparación o reemplazo de equipos debido a pérdida, robo o mal uso



▪ ***Nutrición enteral y parenteral***

Estos métodos para proporcionar nutrientes al cuerpo se usan cuando una condición médica le impide comer de manera normal. Cubrimos productos de nutrición enteral y parenteral cuando sean necesarios desde el punto de vista médico.

▪ ***Audífonos***

Cubrimos audífonos si, según sus pruebas, tiene pérdida de la audición, los audífonos son necesarios desde el punto de vista médico y se los receta su médico. La cobertura se limita al audífono de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos quién suministrará el audífono. Cubrimos un audífono, a menos que necesite un audífono para cada oído a fin de lograr resultados mucho mejores de los que podría obtener con un solo audífono. Cubrimos los moldes para los oídos necesarios para el ajuste del audífono, un paquete de baterías estándar, visitas para asegurar que el audífono esté funcionando bien, visitas para limpieza y ajuste, y reparación del audífono.

▪ ***Servicios de salud a domicilio***

Cubrimos los servicios médicos brindados en su hogar cuando son necesarios desde el punto de vista médico y los receta su médico, cuando se cumple todo lo siguiente:

- Usted está confinado a su hogar (o al hogar de un amigo o un miembro de la familia)
- Su condición requiere los servicios de un enfermero, un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional o del habla
- Un médico de la red determina que es posible monitorear y controlar su atención en su hogar
- Un médico de la red determina que los servicios pueden prestarse de manera segura y eficaz en su hogar
- Obtiene los servicios de proveedores de la red

Los servicios de salud domiciliaria se limitan a los servicios que cubre Medi-Cal, como:

- Atención de enfermería especializada de tiempo parcial
- Auxiliar de salud domiciliaria de tiempo parcial
- Servicios medicosociales
- Suministros médicos



- **Suministros médicos, equipos y dispositivos**

Cubrimos los suministros médicos necesarios desde el punto de vista médico aprobados por un médico, incluidos los dispositivos para la audición implantados.

- **Terapia ocupacional**

Cubrimos los servicios de terapia ocupacional, incluidos la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones y los servicios de consultoría. Los servicios de terapia ocupacional están limitados a dos servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiroprácticos y de terapia del habla. Podemos preaprobar servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico.

- **Artículos ortésicos/prostésicos**

Cubrimos los dispositivos y servicios ortésicos y protésicos que son necesarios desde el punto de vista médico y recetados para usted. El artículo debe estar preaprobado para usted. Esto incluye dispositivos auditivos implantados, prótesis mamarias/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para soportar una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al artículo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos el proveedor.

- **Suministros para ostomía y urológicos**

Los suministros de ostomía y urología deben tener aprobación previa.

Cubrimos bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. No cubrimos suministros que sean para fines de comodidad o conveniencia. Tampoco cubrimos equipos o herramientas de lujo.

- **Fisioterapia**

Cubrimos los servicios de fisioterapia, incluidos la evaluación de la fisioterapia, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones, los servicios de consultoría y la aplicación de medicamentos tópicos.

- **Rehabilitación pulmonar**

Cubrimos la rehabilitación pulmonar necesaria desde el punto de vista médico y recetada por un médico.



- **Servicios en centros de enfermería especializada**

Cubrimos los servicios en centros de enfermería especializada necesarios desde el punto de vista médico, si usted es discapacitado y necesita un nivel alto de atención. Estos servicios incluyen alojamiento en un centro de atención autorizado con atención de enfermería especializada las 24 horas del día de forma diaria.

Cubrimos los servicios de centro de enfermería especializada para el mes de admisión y el mes siguiente.

- **Terapia del habla**

Cubrimos la terapia del habla que sea necesaria desde el punto de vista médico. Los servicios del habla están limitados a dos servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiroprácticos y de terapia ocupacional. Podemos preaprobar servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico.

Ensayos Clínicos Sobre el Cáncer

Cubrimos los servicios que reciba en relación con un ensayo clínico sobre el cáncer solamente si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Habríamos cubierto los servicios si no hubieran estado relacionados con un ensayo clínico
- Reúne los requisitos para participar en el ensayo clínico, de acuerdo con el protocolo del estudio, con respecto al tratamiento del cáncer u otra condición que pone en riesgo la vida (una condición con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa el avance de la condición), según se determine de una de las siguientes formas:
 - ♦ Un proveedor de la red de Kaiser Permanente realiza esta determinación
 - ♦ Nos proporciona información médica y científica que lo determina
- Si algún proveedor de la red de Kaiser Permanente participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el mismo, debe participar en el ensayo clínico a través de un proveedor de la red de Kaiser Permanente, salvo que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive
- El ensayo clínico es un Ensayo Clínico Aprobado

“Ensayo Clínico Aprobado” significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV relacionado con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra condición potencialmente mortal. El ensayo clínico debe cumplir uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de contar con una solicitud de nuevo medicamento en investigación
- El estudio o la investigación es aprobado o financiado por al menos uno de los siguientes:
 - ◆ Los Institutos Nacionales de Salud
 - ◆ Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
 - ◆ La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención de la Salud
 - ◆ Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
 - ◆ Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos
 - ◆ Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros
 - ◆ El Departamento de Asuntos de Veteranos o el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. determina que cumple con todos los siguientes requisitos: (1) Es comparable al sistema de los Institutos Nacionales de Salud de revisión por pares de estudios e investigaciones y (2) asegura una revisión imparcial conforme a los estándares científicos más altos por personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión

No cubrimos servicios que se proporcionen solamente para la obtención y el análisis de datos.

Servicios de laboratorio y radiología

Cubrimos los servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando sean necesarios desde el punto de vista médico. Muchos procedimientos avanzados de imágenes diagnósticas se cubren según la necesidad médica.



Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas

Qué cubre el plan:

- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Vacunas
- Servicios de planificación familiar
- Recomendaciones de Bright Futures sobre los Recursos para la Salud y Administración de Servicios
- Servicios preventivos para mujeres recomendados por el Instituto de Medicina
- Servicios para dejar de fumar
- Servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con puntuación “A” y “B”

Los servicios de planificación familiar se brindan a Miembros en edad de tener hijos para permitirles determinar cuántos hijos desean tener y cada cuánto tiempo. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Como miembro, usted elige un médico que se encuentra cerca de usted y le proporcionará los servicios que necesita.

Los médicos de cabecera (PCP) y los especialistas de Obstetricia y Ginecología de Kaiser Permanente están disponibles para brindar servicios de planificación familiar. Para servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o una clínica que no esté relacionada con Kaiser Permanente sin necesidad de obtener una referencia ni aprobación previa. Le pagaremos a ese médico o clínica los servicios de planificación familiar que reciba.

Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias

Cubrimos servicios de detección y asesoramiento por abuso de alcohol. No cubrimos servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

Para obtener más información sobre los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, comuníquese con el plan de salud mental de su condado. Para ver en línea los números de teléfono gratuitos de los planes de salud mental de su condado, visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).



Servicios pediátricos

Qué cubre el Plan:

- Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT).
- Si usted o su hijo tienen menos de 21 años, Kaiser Permanente cubre las consultas de bienestar infantil. Las consultas de bienestar infantil son un conjunto integral de servicios preventivos, de detección, diagnóstico y tratamiento.
- Kaiser Permanente hará citas y proporcionará transporte para ayudar a los niños a obtener la atención que necesitan.
- La atención preventiva puede consistir en exámenes médicos y de detección regulares para ayudar a su médico a encontrar problemas en una etapa temprana. Los exámenes médicos regulares ayudan a su médico a buscar cualquier problema con sus trastornos médicos, dentales, de la vista, auditivos, de salud mental y de cualquier trastorno por abuso de sustancias. Kaiser Permanente cubre los servicios de detección (incluida la evaluación del nivel de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su examen médico regular. Además, la atención preventiva puede ser una vacuna que usted o su hijo necesitan. Kaiser Permanente debe asegurarse de que todos los niños inscritos reciban las vacunas necesarias al momento de cualquier consulta de atención médica.
- Cuando se encuentra un problema de salud físico o mental durante un examen médico o de detección, es posible que haya algún cuidado que pueda solucionarlo o ayudarlo. Si la atención es necesaria desde el punto de vista médico y somos responsables de pagarla, Kaiser Permanente la cubrirá sin costo alguno para usted. Estos servicios incluyen:
 - ♦ Médico, enfermero practicante y atención hospitalaria
 - ♦ Vacunas para mantenerlo saludable
 - ♦ Fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y ocupacional
 - ♦ Servicios de salud a domicilio, que pueden ser equipos médicos, suministros y dispositivos
 - ♦ Tratamiento para la vista y la audición, que pueden ser anteojos y audífonos
 - ♦ Tratamiento de Salud del Comportamiento para trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo
 - ♦ Administración de casos, administración de casos específicos y educación para la salud



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- ◆ Cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar la función o crear una apariencia normal.

Si la atención es necesaria desde el punto de vista médico y Kaiser Permanente no es responsable de pagarla, entonces le ayudaremos a obtener la atención adecuada que necesita. Estos servicios incluyen:

- Servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias
- Tratamiento para problemas dentales, como ortodoncia
- Servicios privados de enfermería

Servicios para Personas Transgénero

Cubrimos los servicios para personas transgénero (servicios de afirmación de género) como un beneficio cuando son necesarios desde el punto de vista médico o cuando los servicios cumplen los criterios para la cirugía reconstructiva.

Servicios para la vista

Cubrimos los siguientes servicios:

- **Exámenes de los ojos de rutina**

Cubrimos un examen de los ojos de rutina cada 24 meses. Se cubren exámenes de los ojos adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico.

- **Anteojos**

Cubrimos lo siguiente:

- Anteojos (armazón y lentes) cada 24 meses cuando tiene una receta médica de al menos 0.75 dioptrías
- Reemplazo de anteojos dentro de los 24 meses si cambió su receta médica en al menos 0.50 dioptrías o pierde, le roban o se le rompen los anteojos (y no se pueden arreglar) y no es su culpa. Debe redactar una nota que describa cómo se perdieron o rompieron sus anteojos o cómo se los robaron. El armazón de reemplazo será del mismo estilo que su antiguo armazón (hasta \$80) si han pasado menos de 24 meses desde que le entregaron sus anteojos



- **Lentes**

El estado proporciona los lentes para anteojos nuevos o de reemplazo.

- **Armazones**

Armazones nuevos o de reemplazo que cuestan \$80 o menos. Si elige un armazón que cueste más de \$80, debe pagar la diferencia entre los \$80 y el costo del armazón.

- **Lentes de contacto especiales**

Si tiene una condición médica en la que un médico u optometrista de la red decide que es necesario desde el punto de vista médico que use lentes de contacto, cubriremos los lentes de contacto. Las condiciones médicas que califican para lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia, queratocono.

Reemplazaremos los lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico si se le pierden o se los roban. Debe enviarnos una nota que describa cómo se perdieron sus lentes de contacto o cómo se los robaron.

Servicios de investigación

Los servicios de investigación son medicamentos, equipos, procedimientos u otros servicios médicos que se estudian en humanos para determinar si son eficaces y seguros. Cubrimos los servicios de investigación solo cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Un tratamiento estándar no será suficiente para tratar la condición
- El tratamiento estándar no podrá prevenir la discapacidad progresiva o la muerte prematura
- El proveedor del servicio tiene un registro de seguridad y de éxito importante
- El servicio no es parte de un protocolo del estudio de investigación
- Existe una expectativa razonable de que el servicio prolongará significativamente la vida o mantendrá o restablecerá las actividades de las funciones de la vida diaria

Todos los servicios de investigación requieren aprobación previa. Consulte Revisiones Médicas Independientes (Independent Medical Review, “IMR”) en el Capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) para obtener información sobre la revisión médica independiente de las solicitudes de servicios de investigación.



Transporte médico en casos que no sean de emergencia (“NEMT”)

Tiene el derecho de usar transporte médico en casos que no sean de emergencia (“NEMT”) cuando no pueda acudir a su cita médica, dental, de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias en auto, autobús, tren o taxi, y Kaiser Permanente paga por su condición médica o física. Antes de recibir NEMT, debe solicitar el servicio a través de su médico, quien recomendará el tipo correcto de transporte adecuado para su condición médica.

NEMT es una ambulancia, camioneta (van) equipada para el transporte en silla de ruedas o transporte aéreo. NEMT no es un auto, autobús ni taxi. Kaiser Permanente permite el NEMT de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Esto significa que, por ejemplo, si puede física o médicamente ser transportado por una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, no pagaremos una ambulancia. Solo tiene derecho a ser transportado por aire si su condición médica hace que cualquier forma de transporte terrestre no sea posible.

Se debe usar NEMT en los siguientes casos:

- Es necesario desde el punto de vista físico o médico, según lo determine un médico mediante una autorización escrita; o si no puede usar un autobús, taxi, auto o camioneta por su condición física o médica para ir a su cita
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad mental o física
- Un médico de la red lo solicita y lo autoriza por adelantado

Si su médico de la red determina que necesita NEMT, le recetará el NEMT que se adapte mejor a sus necesidades. Le llamaremos para programar su transporte.

Límites de NEMT

No hay límites para recibir NEMT para ir y venir de las citas médicas, dentales, de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias cubiertas por Kaiser Permanente cuando un proveedor se lo recetó. Si la clase de cita está cubierta por Medi-Cal, pero no a través de Kaiser Permanente, lo referiremos y coordinaremos su transporte (si hay disponible).

¿Qué no corresponde?

No se brindará transporte si su condición médica y física le permite ir a su cita médica en auto, autobús, taxi u otro medio de transporte de fácil acceso. El transporte no se proporcionará si el servicio no está cubierto por Medi-Cal. En esta Guía para Miembros hay una lista de servicios cubiertos.



Costo para el miembro

No hay ningún costo cuando nosotros autorizamos el transporte.

Transporte no médico (“NMT”)

Puede utilizar el transporte no médico (“NMT”) para:

- Viajar hacia y desde una cita para un servicio cubierto de Medi-Cal.
- Recoger recetas médicas y suministros médicos.

Kaiser Permanente le permite usar un auto, taxi, autobús u otra forma de transporte público/privado para acudir a su cita médica para servicios cubiertos por Medi-Cal. Autorizamos la clase de NMT con el costo más bajo que cumpla con sus necesidades médicas.

Brindamos reembolso por millas cuando el beneficiario arregla el transporte en un vehículo privado y no a través de un agente de transporte, pases de autobús, comprobantes de taxi o boletos de tren. El transporte en un vehículo y el reembolso de las millas está cubierto (de acuerdo con las pautas de Medi-Cal) cuando está autorizado por anticipado (antes de realizar el viaje). Para solicitar autorización y consultar sobre los criterios para la toma de decisiones sobre las autorizaciones, llame al **1-844-299-6230** (TTY **711**). El representante también puede responder cualquier pregunta sobre el reembolso de millas.

Para solicitar servicios de NMT para asistir a un servicio cubierto por Medi-Cal, llame al proveedor de transporte de Kaiser Permanente al **1-844-299-6230** con mínimo tres días hábiles de anticipación (de lunes a viernes) antes de su cita o llame tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. Cuando llame, deberá contar con todo lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente
- La fecha y la hora de sus citas médicas
- La dirección donde necesita que lo pasen a buscar y la dirección a la que se dirige
- Si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta
- Si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre/la madre/el tutor legal o el cuidador)



Límites de NMT

No hay límites para recibir NMT para ir y venir de las citas médicas, dentales, de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias cuando un proveedor se lo autorizó. Si la clase de cita está cubierta por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, su plan de salud le brindará ayuda para programar su transporte.

¿Qué no corresponde?

El NMT no aplica si:

- Desde el punto de vista médico, se necesita una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, u otra forma de NEMT para recibir un servicio cubierto.
- Necesita asistencia del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica.
- El servicio no tiene cobertura de Medi-Cal.

Costo para el miembro

No tendrá costo cuando el transporte sea necesario para ir y volver de un servicio cubierto por Kaiser Permanente o Medi-Cal.

Cirugía reconstructiva

Ofrecemos cobertura para:

- Cirugía, cuando hay un problema con una parte de su cuerpo. La causa de este problema podría ser un defecto congénito, una enfermedad o una lesión. Cubrimos los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico para que esa parte se vea mejor o funcione mejor.
- Después de la extirpación necesaria desde el punto de vista médico de la totalidad o de parte de un seno, cubrimos la cirugía reconstructiva del seno y del otro seno para que tengan un aspecto similar. Cubrimos los servicios para la hinchazón después de la extirpación de los ganglios linfáticos.

No cubrimos cirugías que solo resultarán en un cambio mínimo en su apariencia.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Service, CBAS) son servicios para los que puede reunir los requisitos si tiene problemas de salud que hacen que cuidar de sí mismo sea difícil para usted y necesita ayuda adicional. Los centros de CBAS también ofrecen capacitación y apoyo para su familia o su cuidador.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Si desea obtener más información sobre los CBAS, llame a nuestra Unidad de Mejoras de Medicaid al **1-866-842-2574** (TTY **711**) para averiguar si reúne los requisitos. Si califica para recibir los CBAS, autorizaremos los servicios que se adapten mejor a sus necesidades. Si no hay un centro de CBAS en nuestra red, nos aseguraremos de que reciba los servicios que necesita de otros proveedores de la red.

Servicios de telesalud

Kaiser Permanente puede proporcionar algunos de sus servicios a través de la telesalud. La telesalud es una forma de recibir servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación de video en vivo con su proveedor. Es importante que tanto usted como su proveedor acuerden que el uso de la telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted. Las consultas de telesalud no están disponibles para todas las condiciones médicas ni para todos los servicios cubiertos. No está obligado a tener que usar los servicios de Telesalud.

Lo que Kaiser Permanente no cubre

Servicios que puede obtener a través de Pagos por Servicios (FFS) de Medi-Cal

A veces, Kaiser Permanente no cubre servicios, pero usted puede obtenerlos a través de Pagos por Servicios (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal. Esta sección incluye una lista de estos servicios. Para obtener más información, llame al Evaluador de Elegibilidad del Condado o a la línea telefónica gratuita de Medi-Cal al **1-800-541-5555** (inglés y español).

Servicios dentales para Miembros de los Condados de Amador, El Dorado y Placer

Medi-Cal cubre algunos servicios dentales, entre ellos:

- Higiene dental preventiva y diagnóstica (como exámenes, radiografías y limpiezas dentales)
- Servicios de emergencia para el control del dolor
- Extracciones de dientes
- Empastes
- Tratamientos del conducto radicular (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/laboratorio)
- Escalado y alisado radicular



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Mantenimiento periodontal
- Dentaduras completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califican

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Denti-Cal al **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**). También puede visitar el sitio web de Denti-Cal en **denti-cal.ca.gov** (en inglés).

Nota: Los servicios de anestesia para ciertos procedimientos dentales están cubiertos por los términos de esta Guía para Miembros. Para obtener más información, consulte el encabezado “Servicios de un anestesiólogo” en “Servicios para Pacientes Ambulatorios” en este Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Servicios dentales para los Miembros del Condado de Sacramento

Consulte la sección “Otros programas y servicios para las personas con Medi-Cal” más adelante para obtener información sobre servicios dentales disponibles

Nota: Los servicios de anestesia para ciertos procedimientos dentales están cubiertos por los términos de esta Guía para Miembros. Para obtener más información, consulte el encabezado “Servicios de un anestesiólogo” en “Servicios para Pacientes Ambulatorios” en este Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Servicios especializados de salud mental para miembros en los Condados de Amador, El Dorado y Placer

Los planes de salud mental del condado brindan servicios especializados de salud mental (SMHS) a Miembros de Medi-Cal que cumplen las normas de necesidad médica en los Condados de Amador, El Dorado y Placer. Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y hospitalizados:

- ***Servicios para pacientes ambulatorios:***
 - Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, tratamiento, rehabilitación y otros relacionados)
 - Servicios de apoyo con medicamentos
 - Servicios intensivos de tratamiento diurno
 - Servicios de rehabilitación diurnos
 - Servicios de intervención en casos de crisis
 - Servicios de estabilización en casos de crisis
 - Servicios específicos de administración de casos
 - Servicios de comportamiento terapéuticos



- Coordinación de la atención intensiva (ICC)
- Servicios intensivos basados en el hogar (IHBS)
- Cuidados de crianza terapéuticos (TFC)
- **Servicios residenciales:**
 - Servicios de tratamiento residencial para adultos
 - Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- **Servicios para pacientes hospitalizados:**
 - Servicios hospitalarios agudos para pacientes psiquiátricos
 - Servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
 - Servicios en centros de salud psiquiátricos

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al condado. Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo de los condados, visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).

Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias están cubiertos a través de los planes de salud mental del condado. Para ver en línea los números de teléfono gratuitos de los planes de salud mental de su condado, visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).

Atención institucional a largo plazo

Kaiser Permanente cubre la atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada, centro de atención intermedia o centro de atención subaguda para el mes en el que ingresa al centro de atención y el mes siguiente. **No** cubrimos atención a largo plazo si permanece por más tiempo. Si recibe cuidados paliativos cubiertos, esta exclusión no le corresponde.

Medi-Cal regular cubre su estadía si dura más tiempo del mes después de que ingresa al centro de atención. Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Oración o curación espiritual

El contrato de Kaiser Permanente con el DHCS no incluye cobertura para servicios de oración o curación espiritual, como se especifica en la Sección 51312 del Título 22 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR). Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (LEA)

El contrato de Kaiser Permanente con el DHCS no incluye la cobertura de los servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (Local Education Agency, LEA), como se especifica en la Sección 51360(b) del Título 22 del CCR cuando se proporcionan a un miembro que califica para los servicios de la LEA según la Sección 51190.1 del Título 22 del CCR.

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

El contrato de Kaiser Permanente con el DHCS no incluye la cobertura de los servicios de la LEA provistos de conformidad con un Individualized Education Plan (IEP), como se establece en el Código de Educación, Sección 56340 y subsecuentes, o un Individualized Family Service Plan (IFSP), como se establece en la Sección 95020 del Código de Gobierno, o servicios de la LEA provistos bajo un Individualized Health and Support Plan (IHSP), como se describe en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.

Servicios de laboratorio provistos bajo el Programa estatal para la prueba de alfafetoproteína en suero administrado por la Subdivisión de Enfermedades Genéticas del Departamento de Salud Pública de California.

Cuidado de Salud Pediátrico Diurno.

Servicios de administración de casos específicos como se especifica en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR, y como se describe en el Anexo A, Anexo 11, Disposición 3 del contrato de Kaiser Permanente con el DHCS

Manejo de casos de envenenamiento por plomo en la niñez proporcionado por los departamentos de salud del condado.

Medicamentos psicoterapéuticos que aparecen en el Medi-Cal Provider Manual, MCP: Two-Plan Model (Manual para Proveedores de Medi-Cal, Plan de Atención Médica Administrada [Managed Care Plan, MCP]: Modelo de Dos Planes), sección de Medicamentos Capitados/No Capitados, que enumera los medicamentos psiquiátricos excluidos.

Medicamentos para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y contra el SIDA que figuran en el Medi-Cal Provider Manual, MCP: Two-Plan Model, sección Medicamentos Capitados/No Capitados, que enumera los medicamentos excluidos para el VIH/SIDA.



Servicios que no puede obtener a través de Kaiser Permanente ni Medi-Cal

Algunos servicios no están cubiertos por Kaiser Permanente ni por Medi-Cal, por ejemplo:

- California Children's Services (CCS)
- Ciertos exámenes y servicios
- Artículos para comodidad o conveniencia
- Servicios estéticos
- Suministros desechables
- Servicios experimentales
- Servicios de fertilidad (incluidos los servicios sobre infertilidad, inseminación artificial y servicios de tecnología reproductiva asistida)
- Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello
- Artículos y servicios que no son para la atención médica
- Masoterapia
- Servicios de cuidado personal
- Reversión de la esterilización
- Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies
- Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal
- Servicios prestados por personas sin licencia
- Servicios relacionados con un servicio sin cobertura

Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información o llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

California Children's Services (CCS)

CCS es un programa estatal que trata a niños de menos de 21 años con ciertas condiciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen con las reglas del programa de CCS. Si Kaiser Permanente o su PCP consideran que su hijo tiene una condición para CCS, lo referirán al programa de CCS para que se evalúe su elegibilidad.

El personal del programa de CCS decidirá si su hijo cumple los requisitos para los servicios de CCS. Si su hijo reúne los requisitos para recibir esta clase de atención, los proveedores de CCS lo tratarán para esa condición de CCS. Kaiser Permanente seguirá cubriendo las clases de servicios que no están relacionadas con la condición de CCS, como exámenes médicos, vacunas y exámenes médicos para el bienestar infantil.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Kaiser Permanente no cubre los servicios que brinda el programa de CCS. Para que CCS cubra estos servicios, CCS debe aprobar al proveedor, los servicios y el equipo.

CCS no cubre todas las condiciones de salud. CCS cubre la mayoría de las condiciones de salud discapacitantes físicamente o que deben ser tratadas con medicina, cirugía o rehabilitación. CCS cubre a los niños con condiciones de salud, como:

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cánceres
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia de células falciformes
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas crónicos graves de riñón
- Enfermedad del hígado
- Enfermedad intestinal
- Labio o paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones en algunas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes gravemente torcidos

El Estado paga los servicios de CCS. Si su hijo no reúne los requisitos para los servicios del programa de CCS, podrá seguir recibiendo la atención necesaria desde el punto de vista médico de Kaiser Permanente.

Para obtener más información sobre CCS, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).



Ciertos exámenes y servicios

Medi-Cal no cubre los 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.

Artículos para comodidad o conveniencia

No cubrimos equipos o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo. Estos 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.

Servicios estéticos

Los servicios para cambiar su apariencia (incluida la cirugía en partes normales del cuerpo para modificar su aspecto). Esta exclusión no se aplica a los dispositivos protésicos cubiertos:

- Implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva con cobertura
- Prótesis de seno necesarias después de una mastectomía
- Prótesis para reemplazar la totalidad o parte de una parte externa de la cara

Suministros desechables

Los siguientes materiales desechables para uso en el hogar: vendajes, gasa, cinta, antisépticos, vendas y vendajes tipo Ace.

Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables provistos como parte de los siguientes beneficios descritos en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros:

- Tratamiento de diálisis/hemodiálisis
- Equipo médico duradero
- Atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales



- Suministros médicos, equipos y dispositivos
- Medicamentos recetados

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.

Servicios de Fertilidad

Servicios para ayudar a que una mujer quede embarazada.

Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello

Artículos y servicios para la promoción, prevención u otro tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello.

Artículos y servicios que no son para la atención médica

Por ejemplo, no cubrimos:

- Enseñanza de modales y etiqueta
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas
- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades, como gramática, matemáticas y administración del tiempo
- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia
- Exámenes educativos
- Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que esta exclusión de “enseñanza de cómo tocar un instrumento” no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura conforme a la sección “Tratamientos de Salud del Comportamiento” en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”)
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales



- Cursos de crecimiento profesional
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”):
 - ◆ Atención médica a domicilio
 - ◆ Cuidados paliativos y para enfermos terminales
 - ◆ Servicios de rehabilitación y habilitación
 - ◆ Servicios en centros de enfermería especializada

Masoterapia

Tratamiento con masajes. Esta exclusión no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros:

- Atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Servicios de rehabilitación y habilitación
- Servicios en centros de enfermería especializada

Servicios de cuidado personal

Servicios 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 para actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en:

- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Centros de atención de enfermería especializada/de atención intermedia o subaguda

Reversión de la esterilización

Servicios para revertir una intervención quirúrgica voluntaria de anticoncepción.



Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies

Artículos y servicios para el cuidado de los pies que no sean necesarios desde el punto de vista médico.

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal

Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos y cualquier otro Servicio que por ley requieran la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal (Food and Drug Administration, “FDA”) para poder venderse en los EE. UU., pero que no estén aprobados por la FDA. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones:

- Servicios de emergencia cubiertos que se reciban en Canadá o México
- Servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos sobre el cáncer” en el Capítulo 4 de esta Guía para Miembros
- Servicios proporcionados como parte de los servicios de investigación cubiertos, como se describe en el Capítulo 4 de esta Guía para Miembros

Servicios prestados por personas sin licencia

Servicios prestados de manera segura y efectiva por personas que no requieren licencias o certificados del estado para proporcionar servicios de atención para la salud y donde la condición del miembro no requiere que los servicios los brinde un proveedor de atención médica con licencia.

Esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos bajo el título “Tratamientos de salud del comportamiento” bajo “Servicios de rehabilitación y habilitación” en el Capítulo 4 de esta Guía para Miembros.

Servicios relacionados con un servicio sin cobertura

Cuando un servicio no está cubierto, se excluyen todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones que resultan de los servicios no cubiertos, si esas complicaciones estarían cubiertas por Medi-Cal. Por ejemplo, si tiene una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que reciba para prepararse para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si después sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios estén cubiertos por Medi-Cal.



Otros programas y servicios para personas con Medi-Cal

Hay otros programas y servicios para personas con Medi-Cal, que incluyen:

- Atención Dental Administrada
- Diabetes Prevention Program (“DPP”)
- Health Homes Program (“HHP”)
- Donación de órganos y de tejido

Lea cada una de las siguientes secciones para obtener más información sobre otros programas y servicios para personas con Medi-Cal.

Atención Dental Administrada

Los Miembros de Medi-Cal en el Condado de Sacramento que son elegibles para recibir servicios dentales deben seleccionar uno de los planes de Atención Dental Administrada disponibles para su atención dental. Para obtener más información sobre las opciones de planes de Atención Dental Administrada, llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**.

Diabetes Prevention Program

El Diabetes Prevention Program (“DPP”) es un programa para cambiar el estilo de vida basado en la evidencia. Está diseñado para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2 entre las personas diagnosticadas con prediabetes. El programa dura un año. Puede durar un segundo año para los Miembros que califican. Los apoyos y técnicas para el estilo de vida aprobados por el programa incluyen, entre otros:

- Proporcionar un asesor de pares
- Enseñar el autocontrol y la resolución de problemas
- Proporcionar aliento y comentarios
- Proporcionar materiales informativos para apoyar los objetivos
- Realizar un monitoreo de los pesajes de rutina para ayudar a lograr los objetivos

Los miembros deben cumplir los requisitos de elegibilidad del programa para unirse al DPP. Llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre el programa y la elegibilidad.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Health Homes Program

Medi-Cal cubre los servicios del Health Homes Program (HHP) para miembros con ciertas condiciones de salud crónicas. Estos servicios son para ayudar a coordinar servicios de salud física, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad para Miembros con enfermedades crónicas. El Health Homes Program está disponible para Miembros calificados en el Condado de Sacramento. Si califica para el programa, es posible que se comuniquen con usted. También puede hablar con su médico o con el personal de la clínica para averiguar si puede recibir servicios del HHP.

Puede calificar para el HHP si:

Tiene ciertas condiciones de salud crónicas. Puede llamarnos para conocer las condiciones que califican. También debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- ◆ Tiene tres o más de las condiciones crónicas elegibles para el HHP;
- ◆ Estuvo hospitalizado en el último año;
- ◆ Visitó el departamento de emergencias más de tres veces en el último año, o
- ◆ No tiene donde vivir.

No califica para recibir servicios del HHP si:

- Recibe servicios de un centro de cuidados paliativos, o
- Ha estado viviendo en un centro de enfermería especializada durante más tiempo que el mes de admisión y el mes siguiente.

Servicios del HHP cubiertos

El HHP le brindará un coordinador de atención y un equipo de atención que trabajarán con usted y sus proveedores de atención médica, como sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos y otros, para coordinar su atención. Brindamos servicios del HHP, que incluyen:

- Administración de atención integral
- Coordinación de la atención
- Promoción de la salud
- Atención integral de transición
- Servicios de apoyo individual y familiar
- Referencia a apoyos comunitarios y sociales



Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Costo para el miembro

No hay ningún costo para el miembro por los servicios del HHP.

Donación de órganos y de tejido

Todos podemos salvar vidas si somos donantes de órganos o tejido. Si tiene entre 15 y 18 años, puede ser un donante con el consentimiento escrito de sus padres o tutor. Puede cambiar de opinión acerca de ser donante de órganos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre la donación de órganos y de tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en **organdonor.gov** (en inglés).

Coordinación de beneficios

Kaiser Permanente ofrece servicios para ayudarlo a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su salud o la de su hijo, llame al **1-800-430-4263** (TTY 711).

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Kaiser Permanente lleva a cabo un proceso riguroso para supervisar y evaluar la evidencia clínica de nuevas tecnologías médicas que consta de tratamientos y pruebas. Los médicos de la red determinan si las nuevas tecnologías médicas que demostraron ser seguras y eficaces en estudios clínicos publicados y revisados por pares son adecuadas para los pacientes desde el punto de vista médico.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

5. Derechos y responsabilidades

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

Sus derechos

Los Miembros de Kaiser Permanente tienen los siguientes derechos:

- Recibir un trato respetuoso, con la debida consideración a su derecho de privacidad y necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica
- Recibir la información sobre el plan y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos
- Elegir un médico de cabecera dentro de nuestra red
- Participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rehusar el tratamiento
- Conocer los nombres de las personas que lo atienden y la clase de capacitación que tienen
- Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible
- Obtener una segunda opinión de un médico de la red en cualquier momento
- Dar a conocer sus quejas formales, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención recibida
- Recibir coordinación de la atención
- Solicitar una apelación para las decisiones de denegar, diferir o limitar los servicios o los beneficios
- Recibir servicios de interpretación orales para su idioma
- Recibir ayuda legal sin cargo en su oficina de ayuda legal local u otros grupos
- Formular instrucciones por anticipado para la atención médica



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Tener acceso a los servicios de planificación familiar, los Centros de Salud con Calificación Federal, centros del Servicio de Salud para la Población Indígena, servicios para enfermedades de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red de Kaiser Permanente, según la ley federal
- Solicitar una Audiencia Estatal, incluida la información sobre las circunstancias en las que se podría realizar una audiencia acelerada
- Tener acceso, cuando sea legalmente adecuado, a recibir copias de su historia clínica, modificarla o corregirla
- Cancelar su inscripción cuando lo solicite. Los Miembros que pueden cancelar su afiliación de forma acelerada incluyen, por ejemplo, aquellos Miembros que reciben servicios por Cuidados de Crianza o Programas de Asistencia para la Adopción, y Miembros con necesidades de atención médica especiales
- Tener acceso a los Servicios con Consentimiento del Menor
- Recibir material con información escrita para miembros en formatos alternativos (incluido el braille, impresión con letras grandes y formato en audio) a solicitud y de manera oportuna según el formato que se solicite, y de acuerdo con la Sección 14182 (b)(12) del Código de Asistencia Social e Instituciones
- Estar libre de todo tipo de restricción o aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Recibir información y analizar las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, y que estas se presenten de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión
- Tener acceso y recibir una copia de su historia clínica, y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales §164.524 y 164.526
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar adversamente cómo lo tratan en Kaiser Permanente, los proveedores o el Estado
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Centros del Servicio de Salud para la Población Indígena, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios de enfermedades de transmisión sexual y Servicios de Emergencia fuera de nuestra red y de conformidad con la ley federal



Sus responsabilidades

Los Miembros de Kaiser Permanente tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer esta Guía para Miembros para saber qué cobertura tiene y cómo obtener servicios
- Usar sus tarjetas de identificación correctamente. Llevar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, una identificación con fotografía y su tarjeta de identificación de Medi-Cal cuando acuda para recibir atención
- Asistir a sus citas
- Informar a su médico de cabecera (primary care provider, PCP) acerca de su salud y sus antecedentes de salud
- Seguir el plan de atención que hayan acordado usted y su PCP
- Reconocer el efecto que su estilo de vida tiene en su salud
- Ser considerado con los médicos de la red, otros miembros del personal de atención médica y con los Miembros
- Pagar los servicios que no tengan cobertura de Medi-Cal
- Resolver los problemas como se describe en esta Guía para Miembros
- Informarnos si lo ingresan en un hospital que no pertenece a la red

Aviso sobre prácticas de privacidad

SI LO SOLICITA, PUEDE OBTENER UN EJEMPLAR DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE Kaiser Permanente.

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). También se exige a todos los proveedores contratados que protejan la privacidad de su PHI. Su PHI es la información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención para la salud que recibe o los pagos por esta atención, a través de la cual se le pueda identificar individualmente.

Generalmente, podrá ver y obtener copias de su PHI, corregir errores o actualizar su PHI y pedirnos una lista de ciertas revelaciones de su PHI. Puede pedir que le entreguen las comunicaciones confidenciales a otro lugar que no sea su dirección de correo habitual o por otro medio de entrega que no sea el habitual.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Podemos usar o dejar que otros vean su PHI para el cuidado, la investigación médica, el pago u operaciones de atención de la salud, como para la investigación o la medición de la calidad de la atención y los servicios. Además, por ley, es posible que tengamos que proporcionar su PHI al gobierno o en procesos legales.

No usaremos ni revelaremos su PHI por ningún otro motivo sin su autorización por escrito (o de alguna persona que usted nombre para representarlo) excepto como se indica en nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad (consulte a continuación) y según las normas de privacidad de Medi-Cal. No tiene que autorizar este otro uso de su PHI.

Si se entera de que alguien utiliza indebidamente su información, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al **1-866-866-0602** Opción 1 (TTY **1-877-735-2929**). También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California a **privacyofficer@dhcs.ca.gov**.

Esto es solo un resumen breve de algunas de nuestras prácticas de privacidad más importantes. NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE OFRECE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA PHI, ESTÁ A SU DISPOSICIÓN SI LO SOLICITA. Para obtener una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Puede acudir a un centro de atención de Kaiser Permanente o descargarla en línea en **kp.org/espanol**.

Aviso sobre la legislación

Se aplican muchas leyes a esta Guía para Miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyeron ni se explican en esta Guía para Miembros. Las principales leyes que se aplican a esta Guía para Miembros son las leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. Podrían aplicarse también otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que Kaiser Permanente le brinda. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, primero tienen que pagar el seguro o la Compensación del Trabajador (Workers Compensation).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medi-Cal para los que Medi-Cal no es el primer pagador. Si se lesiona y alguien más es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificar al Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) en un plazo de 30 días tras presentar una acción legal o un reclamo. Envíe su notificación en línea:

- Personal Injury Program en
- Workers Compensation Recovery Program en

Para obtener más información, llame al **1-916-445-9891**.

El programa Medi-Cal cumple con la legislación y las regulaciones federales sobre la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención para la salud a los Miembros. Kaiser Permanente tomará todas las medidas razonables para asegurarse de que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Debe solicitar y conservar otra cobertura de salud (Other Health Coverage, OHC) que esté disponible para usted de forma gratuita o sea una cobertura pagada por el estado. Si no solicita o mantiene OHC sin costo o pagada por el estado, se denegarán o suspenderán sus beneficios o elegibilidad de Medi-Cal. Si no informa los cambios a su OHC de inmediato y, debido a esto, recibe beneficios de Medi-Cal para los que no es elegible, es posible que deba reembolsar al DHCS.

Debe informarnos si reúne los requisitos para recibir Medicare. Es posible que el programa de Medicare tenga que pagar ciertos servicios que usted reciba de nosotros. Medi-Cal siempre paga en último lugar.

Aviso sobre recuperación por medio de herencia

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso de los bienes de ciertos Miembros de Medi-Cal fallecidos por los pagos realizados, incluidas las primas de atención médica administrada, los servicios de centros de enfermería, los servicios basados en el hogar y la comunidad, y los servicios relacionados con el hospital y los medicamentos recetados prestados a Miembros de Medi-Cal fallecidos en o después del cumpleaños 55 del miembro. Si un miembro fallecido no deja una herencia o no posee nada cuando muere, no se deberá nada.

Para obtener más información sobre la recuperación de herencia, llame al **1-916-650-0490**. U obtenga asesoría legal.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Notificación de Acción

Kaiser Permanente le enviará una Notificación de Acción (Notice of Action, NOA) en cualquier momento que rechacemos, demoremos, finalicemos o modifiquemos una solicitud de servicios de atención para la salud. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación.

Aviso sobre circunstancias inusuales

Si sucede algo que limite nuestra capacidad para proporcionarle y organizar la atención, como un desastre importante, haremos nuestro mejor esfuerzo por ofrecerle la atención que necesita con los proveedores de la red y las instalaciones de la red que estén disponibles. Si tiene una condición médica de emergencia, acuda al hospital más cercano. Tiene cobertura para los servicios de emergencia como se describe en la sección “Servicios de emergencia”.

Aviso sobre la administración de sus beneficios

Debe llenar todos los formularios que le pedimos en el desempeño de nuestras actividades. Además, podemos crear normas (políticas y procedimientos) para proporcionarle mejores servicios.

Si hacemos una excepción a los términos de esta Guía para miembros para usted o para otra persona, no tenemos que volver a hacerlo por usted o por otra persona en el futuro.

Si no exigimos el cumplimiento de alguna parte de esta Guía para Miembros, no queda implícito que renunciamos a los términos de esta Guía para Miembros. Tenemos el derecho de hacer cumplir los términos de esta Guía para Miembros en cualquier momento.

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros

Nosotros, con la aprobación del DHCS, en cualquier momento podemos hacer cambios a esta Guía para Miembros. Le informaremos por escrito y con 30 días de anticipación sobre cualquier cambio que se realice.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre usted y nosotros, The Permanente Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, cada parte pagará sus propios honorarios y costos. Esto incluye los honorarios de abogados y defensores.

Aviso sobre la obligatoriedad para los Miembros de la Guía para Miembros

Cuando usted elige inscribirse en el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, los términos de esta Guía para Miembros son obligatorios para usted.

Avisos sobre su cobertura

Podemos enviarle actualizaciones sobre su cobertura de atención médica. Se las enviaremos a la dirección más reciente que tengamos de usted. Si cambia de residencia o tiene una nueva dirección, llame a Servicio a los Miembros para actualizar la información lo antes posible al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Además, notifíquese su nueva dirección al Evaluador de Elegibilidad del Condado.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

6. Cómo reportar y solucionar problemas

Hay dos clases de problemas que puede tener con Kaiser Permanente:

- Una **queja** (o **queja formal**) es cuando tiene un problema con Kaiser Permanente o un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibe de un proveedor
- Una **apelación** es cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir o con un cambio en sus servicios

Puede usar el proceso de quejas formales y apelaciones para informarnos sobre su problema. Esto no significa que renuncia a ninguno de sus derechos y recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si nos informa sobre su problema, podremos mejorar la atención para todos los Miembros.

Siempre debe comunicarse con Kaiser Permanente cuando tiene un problema. Llámenos las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos) al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para informarnos sobre su problema. Esto no significa que renuncia a ninguno de sus derechos legales. Tampoco lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si nos informa sobre su problema, podremos mejorar la atención para todos los Miembros.

Si no se resuelve su queja formal o apelación, o si no está de acuerdo con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud de California (Department of Managed Health Care, DMHC) al **1-888-HMO-2219** (TTY **1-877-688-9891**).

El Defensor General de los Derechos de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California también puede ayudar. Ellos lo pueden ayudar si tiene problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o cancelarlo. También pueden ayudar si cambió su lugar de residencia y tiene dificultades para que Medi-Cal lo transfiera al nuevo condado. Puede comunicarse con el Defensor General de los Derechos al **1-888-452-8609** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

También puede presentar una queja formal sobre su elegibilidad con Medi-Cal en su oficina de elegibilidad del condado. Si no está seguro de dónde puede presentar su queja formal, llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Para reportar información incorrecta sobre su seguro adicional, llame a Medi-Cal, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1-800-541-5555**.

Quejas

Una queja (o queja formal) es cuando tiene un problema o está en desacuerdo con los servicios que está recibiendo de Kaiser Permanente o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una queja.

Puede presentarla en cualquier momento por teléfono, por escrito, en persona o en línea.

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Deberá informar su número de historia clínica, nombre y el motivo de su queja
- **Por correo:** Llámenos al **1-800-464-4000** (TTY 711) y pídanos que le enviemos un formulario. También tendrán formularios de queja disponibles en el consultorio de su médico. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarlo. Envíe el formulario por correo a la oficina de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red de Kaiser Permanente (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores)
- **En persona:** Llene un formulario de Reclamo o Solicitud de Reclamo/Solicitud de Beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro de atención de la red
- **En línea:** Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Si necesita ayuda para llenar su queja, lo podemos ayudar. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Dentro de los 5 días de recibir su queja, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le enviaremos otra carta para informarle cómo resolvimos su problema. Si nos llama por una queja que no se trata de la cobertura de atención médica, necesidad médica o tratamiento experimental o de investigación, y su queja se resuelve al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión acelerada porque el tiempo que lleva resolver su queja podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llámenos al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. Tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido su queja.

Apelaciones

Una apelación es distinta de una queja. Una apelación es una solicitud para que Kaiser Permanente revise y modifique una decisión que tomamos sobre una cobertura para un servicio solicitado. Si le enviamos una Notificación de Acción (Notice of Action, “NOA”) que le informa que denegamos, demoramos, cambiamos o cancelamos un servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, podrá presentar una apelación. Su médico de cabecera (primary care physician, PCP) también puede presentar una apelación por usted, con su permiso escrito.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA. Si usted recibe tratamiento actualmente y desea continuar haciéndolo, deberá presentar una apelación en un plazo de 10 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA o antes de la fecha en la que Kaiser Permanente indica que no se prestarán más servicios. Cuando solicite una apelación, indíquenos que desea seguir recibiendo los servicios.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Deberá informar su número de historia clínica, nombre y el servicio que está apelando
- **Por correo:** Llámenos al **1-800-464-4000 (TTY 711)** y pídanos que le enviemos un formulario. En el consultorio de su médico también tendrán formularios de apelación disponibles. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y los servicios que está apelando. Envíe el formulario por correo a la oficina de Servicio a los Miembros en un centro de atención de la red de Kaiser Permanente (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores)
- **En persona:** Llene un formulario de apelación en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro de atención de la red
- **En línea:** Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Si necesita ayuda para llenar su apelación, lo podemos ayudar. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

En un plazo de 5 días contados a partir de que recibamos su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le haremos saber nuestra decisión sobre la apelación.

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión acelerada porque el tiempo que lleva resolver su apelación podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Tomaremos una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.

Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación

Si presentó una apelación y recibió una carta donde le indicamos que no cambiamos nuestra decisión, o nunca recibió la carta sobre nuestra decisión y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Solicite una **Audiencia Estatal** del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, “DSS”) y un juez revisará su caso
- Solicite una **Revisión Médica Independiente** (Independent Medical Review, IMR) al DMHC y un revisor externo que no esté relacionado con Kaiser Permanente revisará su caso

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal ni la IMR.

Puede pedir una IMR y una Audiencia Estatal al mismo tiempo. También puede solicitar una antes que la otra para ver si así se resuelve antes su problema. Por ejemplo, si primero solicita una IMR, pero no está de acuerdo con la decisión, aun así podrá solicitar una Audiencia Estatal. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva.

Las secciones a continuación le ofrecen más información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal o una IMR.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Revisión Médica Independiente (“IMR”)

Una IMR es cuando un revisor externo, no relacionado con su plan de salud, revisa su caso. Si desea una IMR, primero deberá presentar una apelación ante Kaiser Permanente. Si su plan de salud no se comunica con usted en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con la decisión del plan de salud, podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de 6 meses contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato, sin presentar primero una apelación. Esto ocurre en los casos donde la salud corre riesgo inminente o la solicitud se denegó porque se considera que el tratamiento estaba en una etapa experimental o de investigación.

En el siguiente párrafo encontrará información sobre cómo solicitar una IMR. Tenga en cuenta que el término “queja formal” se refiere tanto a las “quejas” como a las “apelaciones”.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **800-464-4000 (TTY 711)** 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 recurso legal que pueda estar a su disposición. Puede llamar al departamento SI necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (“IMR”). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, de las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o de investigación, y de las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número sin costo **1-888-HMO-2219** y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov> (en inglés), encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

Audiencias Estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales (“DSS”). Un juez ayudará a resolver su problema. Puede solicitar una Audiencia Estatal solo si ya ha presentado una apelación ante Kaiser Permanente. Si sigue inconforme con la decisión o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días, y si no ha solicitado una IMR.

Debe solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 120 días contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal por usted con su permiso por escrito y si obtiene aprobación del DSS. También puede llamar al DSS para solicitar al Estado que apruebe la solicitud de su PCP de una Audiencia Estatal.

Puede solicitar la Audiencia Estatal por teléfono o por correo postal:

- **Por teléfono:** Llame a la Unidad de Respuesta para el Público del DSS al **1-800-952-5253** (TTY **1-800-952-8349**).
- **Por correo:** Llene el formulario provisto en su aviso de decisión de la apelación. Envíelo a la siguiente dirección:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, podemos ayudarle. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

En la audiencia, usted dará su opinión y nosotros daremos la nuestra. Puede llevar unos 90 días hasta que el juez dictamine sobre su caso. Debemos cumplir con lo que decida el juez.

Si desea que el DSS tome una decisión acelerada porque el tiempo que lleva una Audiencia Estatal podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, usted o su PCP pueden comunicarse con el DSS y solicitar una Audiencia Estatal acelerada (rápida). El DSS debe tomar una decisión en un plazo de 3 días hábiles después de que reciba su expediente de caso completo.



Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a reportarlo.

El fraude, despilfarro y abuso de un proveedor incluyen los siguientes:

- Alteración de historias clínicas
- Recetar más medicamentos de lo que es necesario desde el punto de vista médico
- Brindar más servicios de atención para la salud de los que son necesarios desde el punto de vista médico
- Cobrar servicios que no se brindaron
- Cobrar por servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio

El fraude, despilfarro y abuso de una persona que recibe beneficios incluyen los siguientes:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan de salud o una Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal a otra persona
- Recibir tratamientos similares o los mismos, o medicamentos de más de un proveedor
- Ir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia
- Usar el número de Seguro Social o de identificación del plan de salud de otra persona

Para reportar un fraude, despilfarro y abuso, escriba el nombre, dirección y número de identificación de la persona que cometió el fraude, despilfarro o abuso. Dé tanta información como pueda sobre la persona, el número de teléfono o la especialidad, si es un proveedor. Dé las fechas de los eventos y un resumen de lo que pasó exactamente.

Si nota posibles signos de mala conducta, comuníquese con Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos) al **1-800-464-4000** (TTY 711).



Arbitraje Vinculante

El arbitraje vinculante es una manera de resolver problemas a través de un tercero neutral. Este tercero escucha a ambas partes del problema y toma una decisión que ambas partes deben aceptar. Ambas partes renuncian al derecho de apelar a un juicio por jurado o por tribunal. Recurriremos al arbitraje vinculante para definir reclamos que presentamos antes de la fecha de vigencia de esta Guía para Miembros. El uso de arbitraje vinculante para estos reclamos pasados solo es vinculante para nosotros.

Alcance del Arbitraje

Debe recurrir al arbitraje vinculante si el reclamo se relaciona con esta Guía para Miembros o con su membresía con nosotros, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo se refiere a lo siguiente:
 - ♦ Negligencia profesional (una queja de que los servicios o artículos médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron o entregaron de manera indebida, negligente o incompetente); o
 - ♦ Prestación de servicios o artículos, o
 - ♦ Responsabilidad civil de las instalaciones
- El reclamo puede ser:
 - ♦ De su parte contra nosotros, o
 - ♦ De nuestra parte contra usted.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje vinculante para resolver el reclamo
- El reclamo no puede resolverse a través de un Tribunal para Reclamos Menores

Recuerde:

- No tiene que recurrir al arbitraje vinculante para reclamos que puedan resolverse a través de una Audiencia Estatal
- No puede recurrir al arbitraje vinculante si ha recibido una decisión sobre el reclamo a través de una Audiencia Estatal

Solamente en esta sección “Arbitraje Vinculante”, “usted” significa la parte que solicita el arbitraje vinculante:

- Usted (un miembro)



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

- Sus herederos, familiares o la persona que usted designe para representarlo
- Alguien que reclame que existe una obligación pendiente para esa persona a causa de la relación de usted con nosotros

Solamente en esta sección “Arbitraje Vinculante”, “nosotros” significa la parte contra la que se presenta el reclamo:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (“KFHP”);
- Kaiser Foundation Hospitals (“KFH”);
- Southern California Permanente Medical Group (“SCPMG”);
- The Permanente Medical Group, Inc. (“TPMG”);
- The Permanente Federation, LLC;
- The Permanente Company, LLC;
- Cualquier médico de SCPMG o de TPMG
- Cualquier persona u organización con un contrato con alguna de estas partes que requiera el uso del arbitraje vinculante
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas

Reglas de Procedimiento

Los arbitrajes vinculantes se llevan a cabo mediante las Reglas de Procedimiento:

- La Oficina del Administrador Independiente desarrolló las Reglas de Procedimiento con el aporte de Kaiser Permanente y del Comité Consultivo de Arbitraje
- Puede solicitar una copia de las Reglas de Procedimiento a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711)

Cómo Solicitar un Arbitraje

Para solicitar un arbitraje vinculante, debe presentar una solicitud formal (una Petición de Arbitraje) que incluye:

- Su descripción del reclamo contra nosotros
- La cantidad por daños que solicita
- Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de todas las partes que presentan el reclamo. Si alguna de estas partes tiene un abogado, debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado
- Los nombres de las partes contra las cuales está presentando el reclamo



Todos los reclamos que surjan del mismo incidente deben incluirse en una única solicitud.

Presentación de Peticiones de Arbitraje

Si presenta un reclamo contra KFHP, KP Cal, KFH, SCPMG, TPMG, The Permanente Federation, LLC o The Permanente Company, LLC, debe enviar la Petición de Arbitraje a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Legal Department
1950 Franklin St., 17th Floor
Oakland, CA 94612

Si presenta un reclamo contra cualquier otro tercero, debe notificarlo según lo exige el Procedimiento del Código Civil de California para una acción civil.

Nos consideramos notificados cuando recibimos la Petición de Arbitraje.

Cuota por Presentación

El costo del arbitraje vinculante incluye una cuota por presentación de \$150 que se condonará si usted no puede pagar su parte de los costos.

La cuota por presentación se paga a la “Cuenta de Arbitraje” y es la misma cantidad, independientemente del número de reclamos que incluya su solicitud o del número de partes mencionadas. La cuota por presentación no es reembolsable.

Si no puede pagar su parte de los costos del arbitraje vinculante, puede pedir a la Oficina del Administrador Independiente que lo dispense de ellos. Para solicitarlo, debe llenar y enviar un Formulario de Exención de Cuota a:

- La Oficina del Administrador Independiente, y
- Las partes contra las cuales está presentando el reclamo

El Formulario de Exención de Cuota:

- Le informa cómo decide el Administrador Independiente si dispensar o no las cuotas
- Le explica qué cuotas pueden dispensarse

Puede solicitar una copia del Formulario de Exención de Cuota a nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).



Cantidad de Árbitros

Algunos casos se definen mediante un árbitro que aceptan ambas partes (un árbitro imparcial). En otros casos, puede haber más de un árbitro. La cantidad de árbitros puede afectar que paguemos el costo del árbitro imparcial.

Los casos que solicitan hasta \$200,000 en daños se presentan ante un árbitro. El árbitro debe permanecer neutral. Ambas partes pueden acordar que tres árbitros decidan el caso. El acuerdo para más de un árbitro debe hacerse después de que se haya presentado la Demanda de Arbitraje. Cuando hay tres árbitros, uno representa cada lado y el tercero es neutral. Los árbitros no pueden otorgar más de \$200,000.

Los casos que solicitan más de \$200,000 en daños se presentan ante tres árbitros. Cuando hay tres árbitros, hay uno para cada lado en la disputa y un tercer árbitro neutral. Cualquiera de las partes puede renunciar a su derecho a que un árbitro la represente. Ambas partes en una disputa pueden acordar que el caso sea escuchado por un solo árbitro neutral. El acuerdo para un solo árbitro neutral debe hacerse después de que se haya presentado la Demanda de Arbitraje.

Honorarios y Gastos de los Árbitros

En algunos casos pagaremos los honorarios del árbitro imparcial. Para averiguar cuándo pagaremos los honorarios, consulte las Reglas de Procedimiento. Puede solicitar una copia de las Reglas de Procedimiento a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). En todos los demás casos, los honorarios se comparten por igual entre ambas partes.

Si las partes seleccionan árbitros representantes, cada parte paga los honorarios de su árbitro representante.

Costos

Excepto como se estipuló antes y de conformidad con la ley, cada parte debe pagar sus propios costos del arbitraje vinculante, independientemente del resultado, como honorarios de abogados, testigos y otros costos.

Disposiciones Generales

No puede solicitar un arbitraje vinculante si el reclamo no cumple con el plazo de prescripción para ese reclamo en una acción civil.



Se desestimará su reclamo en los siguientes casos:

- Usted no ha tomado medidas con la diligencia razonable de acuerdo con las Reglas de Procedimiento, o
- La audiencia no se ha efectuado y han pasado más de cinco años desde la primera de las siguientes fechas:
 - ◆ La fecha en que presentó la Petición de Arbitraje; o
 - ◆ La fecha en que inició una acción civil en relación con el mismo incidente

Es posible que el árbitro imparcial desestime un reclamo por otras razones. Para que esto ocurra debe demostrarse un fundamento justificado.

Si una de las partes no se presenta a la audiencia, el árbitro imparcial puede decidir el caso en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California (California Medical Injury Compensation Reform Act) y sus enmiendas se aplican a todos los reclamos que permite la ley, como:

- El derecho a presentar evidencia de un pago de seguro o beneficio por discapacidad que haya recibido
- Límites a la cantidad de dinero que puede recuperar por pérdidas no económicas
- El derecho a que se hagan pagos periódicos de una asignación por daños futuros

Los arbitrajes están sujetos a esta sección de “Arbitraje Vinculante”. Estas normas también rigen en tanto no se contrapongan con esta sección:

- Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje (Federal Arbitration Act)
- El Código de Procedimientos Civiles de California
- Las Reglas de Procedimiento

Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que un proveedor de la red o nosotros lo hemos discriminado debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye estereotipos de género e identidad de género) o religión, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, “OCR”) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.



Puede presentar su queja ante la OCR en un plazo de 180 días contados a partir del momento en que considera que ocurrió el acto de discriminación. Sin embargo, la OCR podría aceptar su solicitud, aunque la presente después de seis meses si determina que debido a las circunstancias no se pudo realizar la presentación oportuna. Para obtener más información sobre la OCR y sobre cómo presentar una queja ante la OCR, visite **hhs.gov/civil-rights** (en inglés).



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

7. Números importantes y palabras clave

Números de teléfono importantes

- Servicios para miembros de Kaiser Permanente:
 - ♦ Inglés **1-800-464-4000**
(y más de 150 idiomas que usan los servicios de interpretación)
 - ♦ Español **1-800-788-0616**
 - ♦ Dialectos chinos **1-800-757-7585**
 - ♦ TTY **711**
- Autorización para obtener atención de posestabilización **1-800-225-8883 (TTY 711)**
- Citas y consejos de Kaiser Permanente **1-866-454-8855 (TTY 711)**
- Health Care Options **1-800-430-4263**
(TTY 1-800-430-7077)

Palabras clave

Afiliado: Una persona que es miembro de un plan de salud y que recibe servicios a través del plan.

Agudo: Una condición médica repentina que requiere atención médica inmediata y que no dura mucho tiempo.

Aparato ortopédico: Un dispositivo utilizado como apoyo o corrección unido de forma externa al cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo muy lesionada o enferma y que es necesario desde el punto de vista médico para la recuperación médica del miembro.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Aparato protésico: Un dispositivo artificial unido al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

Apelación: Una solicitud de un miembro para que Kaiser Permanente revise y modifique una decisión tomada sobre una cobertura para un servicio solicitado.

Aprobación previa (o autorización previa): Su PCP debe recibir una aprobación de The Permanente Medical Group (“Medical Group”) antes de que usted reciba determinados servicios. El Medical Group solo aprobará los servicios que necesita. No aprobarán servicios brindados por proveedores no participantes si consideran que puede obtener servicios comparables o más apropiados a través de proveedores de Kaiser Permanente. Una referencia no es una aprobación. Debe obtener la aprobación del Medical Group.

Arbitraje vinculante: Es una manera de resolver problemas a través de un tercero neutral. En los problemas que se resuelven a través de un arbitraje vinculante, un tercero escucha a ambas partes del problema y toma una decisión que ambas partes deben aceptar. Ambas partes renuncian al derecho de apelar a un juicio por jurado o por tribunal.

Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal: El área geográfica para el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan: Debe vivir dentro de esta área para inscribirse y permanecer inscrito en el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan.

- Condado de Amador: 95640, 95669
- Condado de El Dorado: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762
- Condado de Placer: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765
- Condado de Sacramento: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-41, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894, 95899

Debe vivir en esta área para inscribirse y permanecer inscrito.

Atención a largo plazo: Atención en un centro de atención durante un plazo mayor que el mes de admisión más el próximo mes.

Atención a pacientes ambulatorios en un hospital: Atención médica o quirúrgica realizada en un hospital sin que lo ingresen como paciente hospitalizado.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Atención de enfermería especializada: Servicios cubiertos brindados por enfermeros con licencia, técnicos o terapeutas durante su estadía en un Centro de Enfermería Especializada o el domicilio de un miembro.

Atención de seguimiento: Atención médica regular para revisar el progreso de un paciente después de una hospitalización o durante un tratamiento.

Atención de urgencia (o servicios de urgencia): Los servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o condición que no es de emergencia y que requiere atención médica. Puede recibir atención de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red si los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.

Atención en la sala de emergencias: Un examen realizado por un médico (o personal bajo la dirección de un médico, según lo permita la ley) para saber si existe una condición médica de emergencia. Servicios necesarios desde el punto de vista médico requeridos para estabilizarlo clínicamente según las capacidades de la instalación.

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Atención médica primaria: Consulte la definición de “Cuidados de rutina”.

Atención para pacientes ambulatorios: Cuando no debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención para pacientes hospitalizados: Cuando debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Autorización previa (aprobación previa): Un proceso formal que requiere que un proveedor de atención médica obtenga aprobación para brindar servicios o procedimientos específicos.

Beneficios: Servicios de atención para la salud y medicamentos cubiertos según este plan de salud.

California Children’s Services (“CCS”): Un programa que brinda servicios para niños de hasta 21 años con ciertas enfermedades y problemas de salud.

California Health and Disability Prevention (“CHDP”): Un programa de salud pública que reembolsa a los proveedores de atención médica públicos y privados por las evaluaciones de salud tempranas para detectar o prevenir enfermedades y discapacidades en niños y jóvenes. El programa ayuda a niños y jóvenes que califican a tener acceso a una atención médica regular. Su PCP puede brindarle servicios de CHDP.



Cancelar la inscripción: Dejar de usar Kaiser Permanente porque ya no califica o se cambia a un plan de salud nuevo. Debe firmar un formulario que indique que ya no desea usar este plan de salud o llamar a Health Care Options y cancelar su inscripción por teléfono.

Centro de enfermería especializada: Un lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas del día que solo pueden brindar profesionales de la salud capacitados.

Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”): Un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Centros de Partos Independientes (Freestanding Birth Centers, “FBC”): Centros de salud donde se planea que el parto ocurra fuera de la residencia de la mujer embarazada, que cuenten con una licencia o estén de otra manera aprobados por el estado para proporcionar atención prenatal, de parto o posparto y otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros de atención no son hospitales.

Centro del Plan: Cualquier centro de atención que aparezca en nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en “Español”) que sea parte de nuestra red. Los Centros del Plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Centros del Plan, llame a Servicio a los Miembros.

Cirugía reconstructiva: Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo a fin de mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumas, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica: Un centro de atención que pueden elegir los Miembros como médico de cabecera (PCP). También puede ser un Centro de Salud con Calificación Federal (“FQHC”), una clínica comunitaria, una Clínica de Salud Rural (“RHC”), una Clínica del Servicio de Salud para la Población Indígena u otro centro de atención primaria.

Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, RHC): Un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede obtener atención primaria y preventiva en una RHC.

Cobertura (servicios cubiertos): Los servicios de atención para la salud que se brindan a Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de Medi-Cal, y como se indique en esta Guía para Miembros y en cualquier otra enmienda.

Cobertura de medicamentos recetados: Cobertura para medicamentos recetados por un proveedor.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en kp.org/espanol

Condición crónica: Una enfermedad u otro problema médico que no se puede curar por completo o que empeora con el tiempo, o para la que debe recibir tratamiento a fin de que no empeore.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o psiquiátrica (mental) con síntomas tan intensos, como un trabajo de parto activo (consulte la definición más adelante) o dolor intenso, que una persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría considerar razonablemente que, si no recibe atención médica inmediata, podría:

- Poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer
- Causar daños a una función corporal
- Causar que una parte o un órgano del cuerpo no funcionen bien

Condición médica de emergencia psiquiátrica: Un trastorno mental en donde los síntomas son agudos o con la gravedad suficiente como para que usted se convierta en un peligro inminente para sí mismo o para los demás; que no sea capaz, en un momento dado, de conseguir alimentos, resguardo o vestimenta, o que no pueda hacer uso de dichos elementos debido al trastorno mental.

Los servicios de emergencia psiquiátrica pueden incluir trasladar a un miembro a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general o a un hospital psiquiátrico agudo. Este traslado se realiza para evitar o disminuir la condición médica de emergencia psiquiátrica. Además, el proveedor tratante considera que el traslado no empeorará la condición del miembro.

Consultas de telesalud: Consultas interactivas por video y consultas telefónicas programadas entre usted y su proveedor.

Continuidad de la atención: La capacidad de un miembro de un plan de seguir recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor existente durante un periodo de hasta 12 meses sin interrumpir el servicio, si el proveedor y Kaiser Permanente están de acuerdo.

Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, “COB”): El proceso de determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene las responsabilidades de pago y tratamiento primario para los Miembros con más de un tipo de cobertura de seguro.

Copago: Un pago que usted realiza, generalmente al momento de recibir el servicio, además del pago del asegurador.



Cuidados de rutina: Servicios necesarios desde el punto de vista médico y atención preventiva, consultas para el bienestar infantil o atención, como la atención de seguimiento de rutina. El objetivo de los cuidados de rutina es prevenir problemas de salud.

Cuidados paliativos: Atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de no más de 6 meses).

Cuidados paliativos: Los cuidados para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los miembros con enfermedades graves.

Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC): El Departamento de Atención Médica Administrada de California. Esta es la oficina del Estado que supervisa los planes de atención médica administrada.

Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS): El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California. Es la oficina del Estado que supervisa el programa Medi-Cal.

Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, “EPSDT”): Los servicios de EPSDT son un beneficio para los Miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables. Los miembros deben hacerse los exámenes médicos correctos para su edad y de detección apropiados para encontrar problemas de salud y tratar enfermedades en una etapa temprana.

Director de caso: Enfermeros registrados o trabajadores sociales que pueden ayudarle a entender problemas importantes de salud y coordinar la atención con sus proveedores.

Directorio de Proveedores: Una lista de los proveedores que están dentro de la red de Kaiser Permanente.

El plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan: Su plan de atención médica administrada de Medi-Cal

Enfermedad grave: Una enfermedad o condición que debe tratarse y que puede resultar en la muerte.

Enfermedad terminal: Una condición médica que no puede revertirse y que, muy probablemente, causará la muerte en un plazo de un año o menos si la enfermedad sigue su curso natural.



Enfermera Partera Certificada (Certified Nurse Midwife, “CNM”): Una persona con licencia de Enfermera Registrada y certificada como enfermera partera por el Consejo de Enfermeros Registrados de California. Una enfermera partera certificada puede asistir a casos de parto normal.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, “DME”): Equipo que es necesario desde el punto de vista médico y que su médico u otro proveedor solicite. Nosotros decidimos si se debe alquilar o comprar. Los costos de alquiler no deben ser mayores que el costo de compra. Se cubre la reparación del equipo médico.

Especialista (o médico especialista): Un médico que trata ciertas clases de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico ofrece tratamiento para huesos fracturados; un alergólogo trata alergias y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, necesitará una referencia de su PCP para ver a un especialista.

Farmacia del Plan: Una farmacia que sea propiedad y sea operada por Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos. Consulte su Guía o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en kp.org/espanol para obtener una lista de las Farmacias del Plan en su área. Las Farmacias del Plan están sujetas a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de las Farmacias del Plan, llame a Servicio a los Miembros.

Fraude: Un acto intencional para engañar o hacer creer algo a una persona, sabiendo que dicho engaño podría resultar en un beneficio no autorizado para ella u otra persona.

Health Care Options (“HCO”): El programa que lo puede inscribir o cancelar su inscripción en el plan de salud.

Hogar médico: Es un modelo de atención que le brindará una mejor calidad de atención médica, mejorará el autocuidado de los Miembros y reducirá costos evitables con el paso del tiempo.

Hospital: Un lugar en donde obtiene atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios de médicos y enfermeros.

Hospital del Plan: Cualquier hospital que aparezca en nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en “Español”) que sea parte de nuestra red. Los Hospitales del Plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Hospitales del Plan, llame a Servicio a los Miembros.



Hospital participante: Un hospital con licencia que tiene un contrato con Kaiser Permanente para brindar servicios a los Miembros cuando un miembro recibe atención. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes pueden ofrecer a los Miembros están limitados por nuestra revisión de utilización y por políticas de control de calidad o nuestro contrato con el hospital.

Hospitalización: Admisión a un hospital para el tratamiento como paciente hospitalizado.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals (organización sin fines de lucro de California) y The Permanente Medical Group.

Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, “PDL”): Una lista elegida de medicamentos aprobados por este plan de salud de la cual su médico puede recetarle medicamentos. También se conoce como lista de medicamentos recetados disponibles.

Lista de medicamentos recetados disponibles: Es una lista de medicamentos o artículos aprobados para los Miembros que cumplen ciertos requisitos.

Medical Group: The Permanente Medical Group, Inc. es una organización profesional con fines de lucro.

Medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles: Un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Medicamentos recetados: Un medicamento que para ser vendido legalmente requiere una receta médica de un proveedor con licencia, a diferencia de los medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC), que no requieren una receta médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón, a veces denominada enfermedad renal en fase terminal [End-Stage Renal Disease, ESRD]).

Médico de cabecera (Primary care Provider, “PCP”): El proveedor con licencia que tiene para recibir la mayor parte de su atención médica. Su PCP lo ayuda a obtener la atención que necesita. Algunas necesidades de atención requieren aprobación previa, excepto las siguientes:

- Tiene una emergencia
- Necesita atención de un obstetra/ginecólogo
- Necesita servicios sensibles
- Necesita atención de planificación familiar



Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes:

- Médico general
- Médico internista
- Pediatra
- Médico de medicina familiar
- Obstetra/Ginecólogo
- FQHC o RHC
- Enfermero con práctica médica
- Asistente médico
- Clínica

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea empleado de The Permanente Medical Group, o cualquier médico certificado que tenga un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los Miembros. Los médicos que tienen contrato con nosotros solo para proporcionar servicios de referencia no se consideran Médicos del Plan.

Miembro: Cualquier beneficiario elegible de Medi-Cal inscrito en Kaiser Permanente que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos. En esta Guía para Miembros, “usted” hace referencia al miembro.

Necesario desde el punto de vista médico (o necesidad médica): La atención necesaria desde el punto de vista médico son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. Esta atención es necesaria para evitar que los pacientes sufran una enfermedad o discapacidad grave. Esta atención reduce el dolor intenso al tratar el problema de salud, la enfermedad o la lesión. Para los Miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es necesaria desde el punto de vista médico para corregir o ayudar a una enfermedad o condición física o mental, incluidos los trastornos por abuso de sustancias, como se establece en la Sección 1396d(r) del Título 42 del Código de Estados Unidos.

Otra cobertura de salud (Other Health Coverage, “OHC”): Otra cobertura de salud (OHC) se refiere al seguro privado. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, oftalmológicos, farmacéuticos o complementarios de Medicare (Parte C y D).

Pago por Servicios (Fee-For-Service, “FFS”): Esto significa que no está inscrito en un plan de salud de atención médica administrada. Según el FFS, su médico debe aceptar “directamente” Medi-Cal y facturar a Medi-Cal directamente por los servicios que usted recibe.

Plan: Consulte “Plan de Atención Médica Administrada” arriba.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Plan de atención médica administrada: Un plan de Medi-Cal que usa solo ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. Kaiser Permanente es un plan de atención médica administrada.

Prima: Una cantidad pagada para la cobertura; el costo de cobertura.

Proveedor calificado: Un médico calificado en el área de práctica adecuada para tratar su condición.

Proveedores de atención médica a domicilio: Proveedores que brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red): Consulte “Proveedor participante” más abajo.

Proveedor de servicios de salud mental: Personas con licencia que brindan servicios de salud mental y salud del comportamiento a pacientes.

Proveedor del Plan: Un Hospital del Plan, un Médico del Plan, The Permanente Medical Group, una Farmacia del Plan o cualquier otro proveedor de atención médica que Kaiser Permanente designe como Proveedor del Plan.

Proveedor no participante: Un proveedor que no pertenece a la red de Kaiser Permanente.

Proveedor participante (o médico participante): Un médico, hospital u otro profesional de atención médica autorizado o un centro de atención médica autorizado, incluidos los centros médicos subagudos que tienen contrato con Kaiser Permanente para ofrecer servicios cubiertos a Miembros cuando reciben atención.

Proveedor que no pertenece a la red: Un proveedor que no es parte de la red de Kaiser Permanente.

Proveedores de atención médica: Médicos y especialistas, como cirujanos, médicos que tratan el cáncer o médicos que tratan partes del cuerpo en particular y que trabajan con Kaiser Permanente o están en nuestra red. Nuestros proveedores de la red deben tener una licencia para ejercer en California y brindarle un servicio que cubrimos.

Generalmente necesitará una referencia de su PCP antes de que pueda ver a un especialista. Para algunos servicios, necesita aprobación previa (autorización previa).

No necesitará una referencia de su PCP para algunas clases de servicios, como planificación familiar, atención de emergencia, atención de obstetricia/ginecología o para servicios sensibles.



Clases de proveedor de atención médica:

- El audiólogo es un proveedor que realiza las pruebas de audición
- Una enfermera partera certificada es una enfermera que la atiende durante el embarazo y el parto
- Un médico de medicina familiar es un médico que atiende temas médicos comunes de personas de todas las edades
- Un médico general es un médico que atiende temas médicos comunes
- Un médico internista es un médico con capacitación especial en medicina interna, incluidas las enfermedades
- Un enfermero vocacional certificado es un enfermero certificado que trabaja con su médico
- Un consejero es una persona que lo ayuda con los problemas familiares
- Un asistente médico o asistente médico certificado es una persona sin certificación que ayuda a sus médicos a brindarle atención médica
- Un profesional médico de nivel medio es un nombre que se utiliza para los proveedores de atención médica, como las enfermeras parteras, los asistentes de los médicos o los enfermeros con práctica médica
- Un enfermero anestesista es un enfermero que le administra anestesia
- Un enfermero con práctica médica o un asistente del médico es una persona que trabaja en una clínica o en el consultorio de un médico que lo diagnostica, le da tratamiento y lo cuida dentro de ciertos límites
- Un obstetra/ginecólogo (Ob/Gyn) es un médico que cuida la salud de las mujeres, incluso durante el embarazo y el parto
- Un terapeuta ocupacional es un proveedor que le ayuda a recobrar sus habilidades y actividades diarias después de una enfermedad o una lesión
- Un pediatra es un médico que cuida a niños desde el nacimiento y hasta la adolescencia
- Un fisioterapeuta es un proveedor que le ayuda a fortalecer su cuerpo después de una enfermedad o una lesión
- Un podólogo es un médico que cuida sus pies
- Un psicólogo es una persona que da tratamiento a temas de salud mental, pero no receta medicamentos
- Un enfermero titulado es un enfermero más capacitado que un enfermero vocacional certificado, que tiene una licencia para realizar algunas tareas con su médico
- Un terapeuta de la respiración es un proveedor que lo ayuda a respirar mejor
- Un patólogo del habla es un proveedor que lo ayuda a hablar mejor



Queja: Una expresión escrita o verbal de un miembro acerca de su falta de conformidad sobre Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o la calidad de los servicios provistos. Una “queja” significa lo mismo que “queja formal”.

Queja formal: La expresión de falta de conformidad verbal o escrita de un miembro en relación con Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o de los servicios provistos. Una “queja” significa lo mismo que “queja formal”.

Red: Un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por Kaiser Permanente para brindar atención.

Referencia: Cuando su PCP indica que puede obtener atención de otro proveedor. Algunos servicios de atención cubiertos requieren una referencia y aprobación previa. Consulte el Capítulo 3 (“Cómo obtener atención”) para obtener más información sobre los servicios que requieren referencias o aprobación previa.

Región Base: The Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de la Región del Norte de California

Seguro médico: La cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al asegurado por los gastos causados por una enfermedad o una lesión o que paga directamente al proveedor de la atención.

Servicio de Salud para la Población Indígena: Una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que es responsable de brindar servicios de salud a los nativos americanos y nativos de Alaska.

Servicio no cubierto: Un servicio que Kaiser Permanente no cubre.

Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, “CBAS”): Servicios para pacientes ambulatorios en un centro de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personalizada, capacitación y apoyo para la familia y el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para Miembros que califican.

Servicios de partera: Atención prenatal, intraparto y posparto, incluida la atención de planificación familiar para la madre y la atención inmediata para el recién nacido, brindada por enfermeras parteras certificadas (CNM) y enfermeras parteras con licencia (licensed midwives, LM).

Servicios de planificación familiar: Servicios para prevenir o retrasar el embarazo.

Servicios de posestabilización: Servicios que recibe después de que se estabiliza una condición médica de emergencia.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Servicios de salud mental ambulatorios: Servicios para pacientes ambulatorios para Miembros con trastornos de salud mental de leves a moderados, que incluyen los siguientes:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un trastorno de salud mental
- Servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico
- Consultas de psiquiatría
- Pruebas de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Servicios de salud mental especializados:

- Servicios para pacientes ambulatorios:
 - ◆ Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, tratamiento, rehabilitación y otros relacionados)
 - ◆ Servicios de apoyo con medicamentos
 - ◆ Servicios intensivos de tratamiento diurno
 - ◆ Servicios de rehabilitación diurnos
 - ◆ Servicios de intervención en casos de crisis
 - ◆ Servicios de estabilización en casos de crisis
 - ◆ Servicios específicos de administración de casos
 - ◆ Servicios de comportamiento terapéuticos
 - ◆ Coordinación de la atención intensiva (ICC)
 - ◆ Servicios intensivos basados en el hogar (IHBS)
 - ◆ Cuidados de crianza terapéuticos (TFC)
- Servicios residenciales:
 - ◆ Servicios de tratamiento residencial para adultos
 - ◆ Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- Servicios para pacientes hospitalizados:
 - ◆ Servicios hospitalarios agudos para pacientes psiquiátricos
 - ◆ Servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
 - ◆ Servicios en centros de salud psiquiátricos



Servicios de salud pública: Servicios de salud para la población en general. Estos incluyen, entre otros, análisis de situaciones médicas, supervisión médica, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades infecciosas, protección y desinfección medioambiental, preparación y respuesta ante desastres y salud ocupacional.

Servicios de un médico: Los servicios que brinda una persona con licencia según la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía, que no incluyen los servicios que ofrecen los médicos cuando se le ingresa en un hospital y que se cobran en la factura del hospital.

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente; servicios no cubiertos.

Servicios fuera del área: Servicios mientras el miembro está fuera del área en la que Kaiser Permanente tiene licencia para operar. Para obtener más información sobre los lugares donde opera Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Servicios sensibles: Servicios necesarios desde el punto de vista médico para planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, agresión sexual y abortos.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.

Sistema de Salud Organizado del Condado (County Organized Health System, “COHS”): Una agencia local creada por una junta de supervisores del condado para celebrar contratos con el programa Medi-Cal. Los beneficiarios inscritos eligen a su proveedor de atención médica de entre todos los proveedores de COHS.

Trabajo de parto activo: El periodo durante el cual una mujer se encuentra en una de las tres etapas de dar a luz y durante el cual no puede ser transferida de forma segura a otro hospital antes del parto, o en el que una transferencia podría dañar la salud y la seguridad de la mujer o el bebé por nacer.

Transporte médico de emergencia: Transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para recibir atención médica de emergencia.

Transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, “NEMT”): Transporte cuando no puede llegar a una cita médica cubierta en auto, autobús, tren o taxi. Pagaremos el NEMT de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita.



Transporte no médico: El transporte cuando va o vuelve de una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal autorizado por su proveedor.

Triage (o evaluación): La evaluación de su salud por un médico o enfermero capacitado para detectar y determinar la urgencia de su necesidad de atención.



Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711). La llamada es gratuita. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos principales). Visítenos en línea en **kp.org/espanol**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

