
Parte Dos del Formulario de Revelación

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Regiones Norte y Sur de California

Descripción general de su cobertura

Plan Kaiser Permanente Plus™

Kaiser Permanente Plus es un plan de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) limitado con cobertura para determinados servicios para pacientes ambulatorios y medicamentos recetados de proveedores fuera de la red.

Introducción

En esta *Parte Dos del Formulario de Revelación*, se ofrece una descripción general de algunas características importantes de su membresía de Kaiser Permanente. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación* para obtener un resumen de las preguntas más comunes sobre los beneficios. Si necesita una copia de la *Parte Uno del Formulario de Revelación*, pídasela a su grupo.

Estos documentos son únicamente un resumen de la cobertura de su Plan de Salud. Para obtener información detallada sobre los términos y las condiciones de la cobertura, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, "EOC")*. Antes de inscribirse, tiene derecho a revisar la *EOC*. Para obtener una copia, comuníquese con su grupo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉNES O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN MÉDICA. Si tiene necesidades de atención médica especiales, lea cuidadosamente las secciones que le correspondan.

Al unirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su "Región Base". Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para saber qué Región de California es su Región Base. **La información sobre cobertura en este Formulario de Revelación corresponde cuando usted recibe atención en el Área de Servicio de su Región Base.** Consulte "Región Base" en la sección "Definiciones" para saber cuál es la zona geográfica de su Área de Servicio.

Los Servicios que se describen en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* tienen cobertura solo si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Los Servicios son Medicamento Necesarios.
- Un Médico del Plan administra, indica, autoriza o dirige los Servicios, y usted los recibe de un Proveedor del Plan dentro de su Área de Servicio, excepto cuando se indique específicamente lo contrario en la *EOC* en el caso de referencias autorizadas, Servicios cubiertos recibidos fuera de su Área de Servicio, cuidados paliativos, Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área y Servicios de ambulancia para emergencias.

Además, este *Formulario de Revelación* describe diferentes planes de beneficios, por ejemplo, planes de beneficios que pueden incluir deducibles para Servicios especificados. Excepto que se indique lo contrario, todo lo que conste en esta sección del *Formulario de Revelación* se aplica a todos los planes de beneficios. Tenga en cuenta que ofrecemos todos los beneficios que exige la ley (por ejemplo, suministros para realizar pruebas de diabetes).

Consulte el resumen de deducibles, Copagos y Coseguro en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Si tiene preguntas sobre los beneficios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o consultar la *EOC*.

Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en este *Formulario de Revelación*, según se describe en la sección "Definiciones" que se encuentra al final de este folleto.

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de formularios de revelación: **"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 familiar 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 del parto; tratamientos para la infertilidad; o interrupción**

voluntaria del embarazo. Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto. Comuníquese con el médico que lo va a atender, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-788-0710 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención médica que necesite”.

Tenga en cuenta que, si un Servicio está cubierto, pero no se ofrece en algún Centro de Atención del Plan, se lo brindaremos en otro.

Acerca de Kaiser Permanente Plus

Además de la cobertura de los Proveedores del Plan descrita en este *Formulario de Revelación*, este plan incluye Kaiser Permanente Plus (“KP Plus”), que le permite obtener un conjunto limitado de Servicios para pacientes ambulatorios cubiertos y una cantidad limitado de surtidos o resurtidos de Medicamentos Recetados de Proveedores Fuera del Plan en los estados o territorios de los Estados Unidos sin necesidad de referencia ni autorización previa. Consulte la *EOC* para ver la lista completa de Servicios que están cubiertos cuando se obtienen de Proveedores Fuera del Plan, junto con las limitaciones y exclusiones. Si tiene preguntas sobre el costo de Servicios específicos de un Proveedor Fuera del Plan, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol para utilizar nuestra herramienta de estimación de costos o llame a Servicio a los Miembros. Para obtener más información sobre cómo funciona el plan KP Plus, visite kp.org/kpplus/ca (en inglés).

Si el Proveedor Fuera del Plan no acepta facturarnos, usted deberá pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso, según se describe en la sección “Reembolso de Servicios Recibidos de un Proveedor Fuera del Plan”. Si el monto facturado por el Proveedor Fuera del Plan por los servicios es superior a la tarifa acostumbrada y razonable por dichos Servicios, usted será responsable del saldo de los Cargos facturados por el Proveedor Fuera del Plan después de que hayamos reembolsado la parte que cubrimos.

Cómo Obtener Servicios

Nuestros Miembros reciben Beneficios Cubiertos de Proveedores del Plan (médicos, personal de enfermería titulado, enfermeros especializados y otros profesionales médicos) dentro del Área de Servicio en Centros de Atención del Plan, excepto según se describe en este *Formulario de Revelación* o la *EOC* para los Servicios que se mencionan a continuación:

- referencias autorizadas;
- Servicios de ambulancia para emergencias;
- Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área;
- cuidados paliativos;
- Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio.

Para conocer las ubicaciones de los Centros de Atención del Plan, consulte la lista en el sitio web kp.org/ubicaciones o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Servicios de Emergencia

Atención de Emergencia

Si tiene una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, llame al **911** (donde esté disponible) o acuda al departamento de emergencias más cercano. Si tiene una crisis de salud mental, también puede llamar o enviar un mensaje de texto al **988** para comunicarse con un consejero especializado en crisis. No necesita autorización previa para recibir Atención y Servicios de Emergencia. Cuando tiene una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, cubrimos la Atención y Servicios de Emergencia que recibe de Proveedores del Plan o Proveedores Fuera del Plan en cualquier lugar del mundo.

La Atención y Servicios de Emergencia están disponibles en los departamentos de emergencias de los Hospitales del Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si un Proveedor Fuera del Plan le brinda Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, usted no es responsable de pagar ningún monto además del Costo Compartido de la Atención y Servicios de Emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

Atención de Postestabilización

Cubrimos la Atención de Postestabilización de un Proveedor Fuera del Plan (consulte el título “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios” de la EOC para obtener información detallada) en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor Fuera del Plan dentro de California o en un centro de atención de la red de PPO de Cigna fuera de un Estado en el que Opera Kaiser Permanente, cubrimos los Servicios solo si se obtiene autorización previa para la atención o si las leyes correspondientes exigen que se proporcione (“autorización previa” significa que los Servicios se deben aprobar con antelación).
- Cuando usted recibe Atención de Postestabilización de parte de todos los demás proveedores fuera de California, si califica como Servicios de Emergencia según la ley federal (su médico tratante ha determinado que usted no puede viajar hasta un Proveedor del Plan por su condición médica o usted o su representante autorizado no están en condiciones de poder dar su consentimiento de acuerdo con la ley estatal de consentimiento informado).

Usted es responsable del costo total de los Servicios de un Proveedor Fuera del Plan después de que su condición se haya Estabilizado en las siguientes circunstancias:

- Si recibe Atención de Postestabilización que no se haya autorizado de un Proveedor Fuera del Plan en California o de un centro de atención de la red de PPO de Cigna fuera de un Estado en el que Opera Kaiser Permanente.
- Si recibe Atención de Postestabilización que no califique como Atención y Servicios de Emergencia y que no se haya autorizado de cualquier otro proveedor fuera de California (en tales circunstancias, el Proveedor Fuera del Plan puede notificar y solicitar su consentimiento para prestar los Servicios, pero estos Servicios no están cubiertos, a menos que los hayamos autorizado).

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio

Si considera que podría necesitar Atención de Urgencia, llame al número de teléfono correspondiente de citas o del enfermero de consulta de un Centro de Atención del Plan.

Atención de Urgencia Fuera del Área

Si necesita Atención de Urgencia por una enfermedad, lesión o complicación imprevistas de una condición existente (incluido el embarazo), cubrimos los Servicios Médicamente Necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud (o la de su bebé no nacido) que le proporcione un Proveedor Fuera del Plan si se cumple todo lo siguiente:

- Usted recibe los Servicios de Proveedores Fuera del Plan cuando esté temporalmente fuera del Área de Servicio.
- Usted consideró razonablemente que su salud (o la de su bebé no nacido) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta que regresara al Área de Servicio.

No necesita autorización previa para recibir Atención de Urgencia Fuera del Área.

Para recibir atención de seguimiento de un Proveedor del Plan, llame al número de teléfono de citas o consulta de un Centro de Atención del Plan. No ofrecemos atención de seguimiento de Proveedores Fuera del Plan una vez que usted ya no necesite Atención de Urgencia, a excepción del equipo médico duradero cubierto. Si requiere equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia, después de haberla recibido Fuera del Área, su proveedor deberá obtener una autorización previa.

Su tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación de Kaiser Permanente de cada Miembro tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para hacer una cita o una consulta o cuando visite a un proveedor para recibir atención cubierta. Cuando reciba atención, lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con foto. Su número de historia clínica se usa para identificar su historia clínica y la información de membresía. Su número de historia clínica siempre será el mismo. Llame a Servicio a los Miembros si, por error, le asignamos más de un número de historia clínica o si necesita reemplazar su tarjeta de identificación.

Si necesita obtener atención antes de haber recibido su tarjeta de identificación, pida a su grupo el número del grupo (comprador) y la fecha en que entró en vigencia la cobertura.

Centros de Atención del Plan y Su Guía a los Servicios de Kaiser Permanente (Su Guía)

En general, en la mayoría de los Centros de Atención del Plan puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite, incluidos Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia, atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. No tiene que acudir a un Centro de Atención del Plan específico; le recomendamos ir al que le resulte más conveniente. Para ver una lista de las ubicaciones de los centros de atención en su área, visite el sitio web kp.org/ubicaciones o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- Todos los Hospitales del Plan brindan Servicios para pacientes hospitalizados y están abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Atención y Servicios de Emergencia están disponibles en los departamentos de emergencias de los Hospitales del Plan que se incluyen en *Su Guía* (para conocer la ubicación de los departamentos de emergencias en su área, consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).
- En muchas ubicaciones, se ofrecen citas de Atención de Urgencia para el mismo día (consulte *Su guía* o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol para conocer la ubicación de los centros de Atención de Urgencia en su área).
- Muchos Consultorios Médicos del Plan ofrecen citas por la tarde y los fines de semana.
- Muchos Centros de Atención del Plan tienen una oficina de Servicio a los Miembros (para ver las ubicaciones en su área, consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).

En *Su Guía a los Servicios de Kaiser Permanente (Su Guía)* y en nuestro sitio web kp.org/espanol, se indican los Consultorios Médicos y los Hospitales del Plan de su área. En *Su Guía*, se describen los tipos de Servicios cubiertos disponibles en cada Centro de Atención del Plan en su área porque algunos centros ofrecen solamente tipos específicos de Servicios cubiertos. Además, en *Su Guía* se explica cómo usar nuestros Servicios y hacer citas, y se incluyen nuestros horarios de atención y un directorio telefónico detallado para hacer citas y consultas. En *Su Guía*, encontrará otra información importante, como pautas para la atención preventiva y sus derechos y responsabilidades como Miembro. *Su Guía* está sujeta a cambios y se actualiza periódicamente. Para obtener una copia, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Su Médico personal del Plan

Los Médicos personales del Plan desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, incluidas las hospitalizaciones y las referencias a especialistas. Le recomendamos que elija un Médico personal del Plan; puede escoger a cualquiera que esté disponible. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos personales del Plan son Médicos de Atención Primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, o especialistas en obstetricia y ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria). También puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Atención Primaria, igualmente proporcionan este tipo de servicio. Puede cambiar de Médico personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Para saber cómo elegir un Médico personal del Plan, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Puede encontrar un directorio de los Médicos del Plan en el sitio web kp.org/espanol.

Cómo Obtener una Referencia

Referencias a Proveedores del Plan

Un Médico del Plan debe referirle para que pueda obtener atención de especialistas, como especialistas en cirugía, ortopedia, cardiología, oncología, dermatología, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Un Médico del Plan también debe referirle para recibir el Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista detallado en la sección “Servicios de Salud Mental” de la *EOC*. Sin embargo, no necesita una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de cualquiera de los siguientes Proveedores del Plan:

- su Médico personal del Plan;
- médicos generalistas en medicina interna, pediatría y medicina familiar;
- especialistas en optometría, Servicios de salud mental, tratamiento de trastornos por uso de sustancias, y ginecología y obstetricia.

Tiene que obtener una referencia de un Médico del Plan antes de que pueda recibir atención de un especialista en urología, pero no necesita una referencia para recibir Servicios relacionados con la salud sexual o reproductiva, por ejemplo, una vasectomía.

Aunque no se requiere una referencia o autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de estos proveedores, es posible que se necesite una referencia en las siguientes situaciones:

- Es posible que el proveedor deba obtener autorización previa para determinados Servicios de acuerdo con el “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en la sección “Cómo Obtener una Referencia”.
- Es posible que el proveedor deba referirle a un especialista que tenga experiencia clínica relacionada con su enfermedad o condición.

Referencias abiertas

Si un Médico del Plan le refiere a un especialista, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención continua del especialista. Por ejemplo, si tiene una condición potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante y necesita atención continua de un especialista, puede obtener una referencia abierta.

Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias

Los siguientes son ejemplos de Servicios que requieren autorización previa del Grupo Médico para tener cobertura (“autorización previa” significa que el Grupo Médico debe aprobar los Servicios con antelación):

- equipo médico duradero;
- suministros para ostomía y urología;
- Servicios que no proporcionen los Proveedores del Plan;
- trasplantes.

La Supervisión de Utilización de Servicios (*Utilization Management*, UM) es un proceso que determina si un Servicio que recomendó su proveedor tratante es Médicamente Necesario para usted. La autorización previa es un proceso de UM que determina si los servicios solicitados son Médicamente Necesarios antes de que se proporcione la atención. Si son Médicamente Necesarios, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea clínicamente adecuado según los términos de su cobertura de salud. Para obtener una lista completa de los Servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la autorización, visite el sitio web kp.org/UM (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa. Consulte el título “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios” de la EOC para conocer los requisitos de autorización correspondientes a la Atención de Postestabilización recibida de Proveedores Fuera del Plan.

Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Esta descripción es solo un resumen breve del procedimiento de autorización. Para obtener más información consulte la EOC o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Segundas Opiniones

Tiene derecho a obtener una segunda opinión. Si desea una segunda opinión, puede pedirle a Servicio a los Miembros que le ayude a hacer una cita con otro Médico del Plan que sea un profesional de la salud debidamente calificado para tratar su condición. Para obtener más información, consulte la EOC.

Acceso Oportuno a la Atención

Normas sobre la disponibilidad de citas

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, “DMHC”) de California elaboró las siguientes normas sobre la disponibilidad de citas. Esta información puede ayudarle a saber qué esperar cuando solicite una cita.

- Cita para atención de urgencia: en un plazo de 48 horas.
- Cita para servicios de atención primaria (no urgente) de rutina (incluidas las citas de medicina interna o para adultos, pediatría y medicina familiar): en un plazo de 10 días hábiles.

- Cita para atención especializada (no urgente) de rutina con un médico: en un plazo de 15 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental o tratamiento de trastornos por uso de sustancias (no urgente) de rutina con un profesional que no sea médico: en un plazo de 10 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental o tratamiento de trastornos por uso de sustancias de seguimiento (no urgente) con un profesional que no sea médico para aquellos que estén siguiendo un tratamiento para una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias crónicas: en un plazo de 10 días hábiles.

Las normas de disponibilidad de citas no se aplican a los Servicios Preventivos. Su Proveedor del Plan podría recomendarle una programación específica de Servicios Preventivos, según sus necesidades. A excepción de lo especificado anteriormente para la atención de salud mental y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, las normas tampoco se aplican a la atención periódica de seguimiento para condiciones crónicas ni a las referencias abiertas a especialistas.

Acceso oportuno a la atención por teléfono

- El DMHC estableció las siguientes normas para responder las preguntas telefónicas:
- Consultas telefónicas para saber si necesita recibir atención y dónde obtenerla: en un plazo de 30 minutos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Preguntas generales: en un plazo de 10 minutos durante el horario de atención normal.

Servicios de Interpretación

Infórmenos si necesita que le brindemos servicios de interpretación cuando nos llama o cuando recibe Servicios cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles sin costo durante todo el horario de atención. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a Servicio a los Miembros.

Acceso a Servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias

Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de formularios de revelación:

Tiene derecho a recibir servicios de Salud Mental y Trastornos por Uso de Sustancias (*Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD*) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si el Plan de Salud no puede gestionarle esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, deberá cubrir y gestionar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar nada más que el costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no supere los 10 días hábiles desde que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no necesita autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si se necesita autorización previa).

Si su plan de salud no consigue coordinar los servicios en estos plazos y dentro de las condiciones de acceso geográfico, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor certificado, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para recibir

cobertura de su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtener los servicios, puede 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación; 2) llamar al centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de California a través de su sitio web, <http://www.healthhelp.ca.gov>, para solicitar asistencia a fin de obtener servicios de MH/SUD.

Cómo se Paga a los Proveedores del Plan

El Plan de Salud y los Proveedores del Plan son contratistas independientes. Se paga a los Proveedores del Plan de varias maneras: con sueldo, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, pago por servicio y pagos de incentivos. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los Médicos del Plan por brindar o gestionar la atención médica y hospitalaria para los Miembros, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sus Costos

Costo Compartido (deducibles, Copagos y Coseguro)

Cuando recibe Servicios cubiertos, debe pagar el monto de Costo Compartido indicado en la *EOC*. En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará que realice un pago por el Costo Compartido en el momento en que reciba los Servicios. Tenga en cuenta que este pago puede cubrir solo una parte del Costo Compartido total de los Servicios cubiertos que reciba. Además, se le facturará cualquier otro monto que deba pagar. En algunos casos, su proveedor no le solicitará que realice un pago en el momento en que reciba los Servicios y se le facturarán los montos que deba pagar del Costo Compartido. A continuación, se mencionan ejemplos en los que le podrían enviar una factura:

- Usted recibe Servicios no preventivos durante una visita preventiva.
- Usted recibe Servicios de diagnóstico durante una visita de tratamiento.
- Usted recibe Servicios de tratamiento durante una visita de diagnóstico.
- Usted recibe Servicios de un segundo proveedor durante su visita.
- Un Proveedor del Plan no puede cobrarle su Costo Compartido en el momento en que usted recibe los Servicios.

En algunos casos, es posible que un Proveedor Fuera del Plan proporcione Servicios cubiertos en un Centro de Atención del Plan o centro de atención contratado donde hemos autorizado que usted reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo Compartido de los Servicios cubiertos que reciba en los Centros de Atención del Plan o en los centros de atención contratados donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección "Reclamos y Apelaciones Después de Haber Recibido un Servicio".

Si tiene preguntas sobre el Costo Compartido de Servicios específicos que espera recibir o que su proveedor indica durante una visita o procedimiento, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol para utilizar nuestra herramienta de estimación de costos o llame a Servicio a los Miembros.

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular el costo de los Servicios sujetos al Deducible del Plan, llame de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para averiguar si tiene un Deducible del Plan.
- Para todas las demás estimaciones del Costo Compartido, llame al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Las estimaciones del Costo Compartido se basan en sus beneficios y en los Servicios que espera recibir. Son una proyección del costo y no representan una garantía del costo final de los Servicios. Su costo final puede ser mayor o menor que el estimado, ya que no puede conocerse con antelación todo lo relacionado con su atención.

Copagos y Coseguro

En *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

Nota: Si los Cargos por los Servicios son menores que el Copago detallado en la *EOC*, usted pagará el monto que sea menor, sujeto al deducible o al gasto máximo de bolsillo que corresponda.

Después de alcanzar el deducible que corresponda y durante el resto de ese Periodo de Acumulación, usted pagará el Copago o Coseguro correspondiente, sujeto al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

Deducible de Medicamentos

Si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, los límites del deducible se especificarán en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Si tiene un Deducible de Medicamentos, debe pagar los Cargos por los Servicios sujetos al Deducible de Medicamentos durante el Periodo de Acumulación para ciertos medicamentos, suministros y suplementos hasta que alcance el monto de Deducible de Medicamentos que se menciona en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Una vez que alcance el Deducible de Medicamentos, le brindaremos cobertura por esos Servicios con el monto de Copago o Coseguro correspondiente. Consulte la sección "Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios" de la *EOC* para conocer los Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos.

Deducible del Plan

Si su cobertura incluye un Deducible del Plan, los límites del deducible se especificarán en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Nota: El monto de Deducible del Plan en los Planes de Salud con Deducible Alto puede aumentar si el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos modifica el deducible mínimo obligatorio.

Si tiene un Deducible del Plan, debe pagar los Cargos por los Servicios, sujeto al Deducible del Plan, hasta que lo alcance en cada Periodo de Acumulación. Los únicos pagos que cuentan para el Deducible del Plan son los que hace por Servicios cubiertos que están sujetos al Deducible del Plan. El Deducible del Plan corresponde al año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*.

Cuando el Copago o Coseguro de un Servicio concreto está sujeto al Deducible del Plan, debe pagar Cargos por esos Servicios hasta que alcance el deducible. Consulte la *EOC* para obtener más información acerca de qué Servicios están sujetos al Deducible del Plan y encontrar una explicación sobre cómo funciona el deducible.

Consulte en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* si su cobertura está sujeta a un monto de Deducible del Plan y cuál es el monto. Consulte la *EOC* para obtener más información sobre los Deducibles del Plan.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

El Gasto Máximo de Bolsillo del Plan es el monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Periodo de Acumulación por los Servicios cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para conocer el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. El Periodo de Acumulación es el año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Consulte en la *EOC* la información sobre qué Servicios corresponden al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

Acumulaciones con relación a deducibles y gastos máximos de bolsillo

Para saber cuánto le falta para alcanzar los deducibles, si los hubiera, y los gastos máximos de bolsillo, use la herramienta en línea de resumen de gastos de bolsillo en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros. Le proporcionaremos información sobre el saldo acumulado cada mes que reciba Servicios hasta que alcance sus gastos máximos de bolsillo individuales o hasta que su Familia alcance los gastos máximos de bolsillo familiares.

Le proporcionaremos información sobre el saldo acumulado por correo, a menos que haya optado por recibir avisos de forma electrónica. Puede cambiar sus preferencias en cuanto al envío de documentos en cualquier momento. Para ello, ingrese a kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Pago de Primas

Su grupo es responsable del pago de las Primas, excepto que usted sea responsable de pagar las Primas si tiene cobertura de Cal-COBRA. Si es responsable de alguna contribución a las Primas que pague su grupo, dicho grupo le informará el monto, la fecha de entrada en vigencia de las Primas y cómo pagarle al grupo (por ejemplo, a través de deducciones en la nómina).

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros adeudemos. Sin embargo, es posible que deba pagar el costo de los Servicios no cubiertos que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores Fuera del Plan. Si cancelamos un contrato con un Proveedor del Plan mientras usted está bajo su cuidado, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que reciba de ese proveedor mientras establecemos los acuerdos necesarios para que otro Proveedor del Plan le brinde los Servicios y le notificaremos dichos acuerdos. En algunos casos, puede ser elegible para recibir Servicios de un proveedor con quien se haya cancelado el contrato de acuerdo con las leyes correspondientes.

Consulte “Finalización de Servicios de Proveedores Fuera del Plan” en la sección de “Avisos varios” para obtener más información.

Reembolso de Servicios Recibidos de un Proveedor Fuera del Plan

Si recibe Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor Fuera del Plan o si recibe Servicios de ambulancia para emergencias, no es responsable de ningún monto aparte de su Costo Compartido. Aplicaremos el Costo Compartido que corresponda para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

Además, si recibe Servicios de KP Plus de un Proveedor Fuera del Plan y el proveedor no acepta facturarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso. Aplicaremos el Costo Compartido que corresponda para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan.

Para presentar un reclamo, debe hacer lo siguiente:

- Debe obtener un formulario de reclamo lo antes posible. Para eso puede hacer lo siguiente:
 - ◆ Llamar sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**);
 - ◆ visitar nuestro sitio web en kp.org/espanol;
 - ◆ solicitar ayuda para llenar un formulario de reclamo a uno de nuestros representantes, que con gusto le atenderá.
- Si ya pagó los Servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo lleno para obtener el reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor Fuera del Plan.
- Para solicitar que se paguen los Servicios a un Proveedor Fuera del Plan, debe enviarnos el formulario de reclamo lleno e incluir las facturas del Proveedor Fuera del Plan. Si el Proveedor Fuera del Plan indica que enviará el reclamo, usted seguirá siendo responsable de garantizar que nosotros recibamos toda la documentación necesaria para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor Fuera del Plan por Servicios cubiertos que no sean el monto de Costo Compartido, llame sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** para obtener ayuda.
- Debe llenar y enviarnos toda información que solicitemos para procesar el reclamo, por ejemplo, formularios de reclamo, consentimientos de revelación de historias clínicas, cesiones y reclamos de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentación, como documentos de viaje o una verificación de su viaje o itinerario.

Consulte la *EOC* para obtener otras instrucciones, información sobre cobertura, exclusiones, limitaciones y resolución de disputas de los reclamos denegados.

Cancelación de Beneficios

Su grupo debe informar al Suscriptor la fecha en que se cancele su membresía, excepto que se indique lo contrario. Se le facturará como no Miembro cualquier Servicio que reciba después de que se cancele su membresía.

La membresía se suspenderá para usted (el Suscriptor) y sus Dependientes si ocurre lo siguiente:

- Se cancela el contrato entre su grupo y Kaiser Permanente por algún motivo.
- Usted ya no puede recibir cobertura de grupo.
- Usted intencionalmente comete un fraude en relación con su membresía, con el Plan de Salud o con un Proveedor del Plan (si comete un fraude intencionalmente, podremos cancelar su membresía mediante un aviso por escrito al Suscriptor; la cobertura se cancelará 30 días a partir de la fecha en la que enviemos el aviso). Si cancelamos su membresía con causa, no podrá inscribirse en un Plan de Salud en el futuro. También podemos informar a las autoridades cualquier fraude o delito para que se tomen las medidas correspondientes.
- Su grupo no paga las Primas para su Familia (o su Familia no paga las Primas de la cobertura de Cal-COBRA para su Familia).

Consulte la *EOC* para obtener más información.

Continuidad de la Membresía

Continuidad de la cobertura de grupo

Podría continuar su cobertura de grupo durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exige la ley, según COBRA o Cal-COBRA. Consulte la *EOC* para obtener más información.

Si, en cualquier momento, cumple los requisitos para continuar su cobertura de grupo, como Cal-COBRA, evalúe detenidamente sus opciones de cobertura antes de denegar esta cobertura. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) se le ofrece la cobertura de un plan individual sin revisión médica. Sin embargo, las primas y la cobertura de un plan individual serán distintas a las primas y la cobertura de su plan de grupo.

Si le convocan al servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar recibiendo cobertura durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo requiere la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, "USERRA"). Comuníquese con su grupo si quiere saber cómo elegir la cobertura de USERRA y cuánto tendrá que pagarle al grupo.

Plan individual

Si quiere seguir siendo miembro del Plan de Salud una vez que finalice su cobertura de grupo, puede inscribirse en uno de nuestros planes para individuos y familias. Las primas y la cobertura de nuestros planes individuales son diferentes de las que se ofrecen en la cobertura de grupo.

Si quiere que la cobertura de su plan individual tenga vigencia cuando finalice la cobertura de grupo, deberá presentar su solicitud dentro del periodo de inscripción especial para inscribirse en un plan individual a causa de la pérdida de otra cobertura. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta anual.

Si quiere obtener una solicitud para inscribirse directamente con nosotros, visite kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros. Para obtener información sobre los planes disponibles a través de Covered California, visite CoveredCA.com o llame a Covered California al **1-800-300-1506** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Cómo Obtener Ayuda

Nuestro objetivo es que esté conforme con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Están disponibles para garantizar su satisfacción y responder sus preguntas.

Servicio a los Miembros

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden responder cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios, los Servicios disponibles y los centros de atención donde puede recibir cuidados. Por ejemplo, le pueden explicar lo siguiente:

- los beneficios de su Plan de Salud;
- cómo hacer su primera cita médica;
- qué hacer si se muda;
- cómo reemplazar su tarjeta de identificación.

Puede comunicarse con Servicio a los Miembros de las siguientes maneras:

- Teléfono** **1-800-788-0710** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación)
1-800-788-0616 (español)
1-800-757-7585 (dialectos chinos)
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**
De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
- Visita en persona** Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol para ver las direcciones)
- Correo** Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol para ver las direcciones)
- Sitio web** kp.org/espanol

Resolución de Disputas y Arbitraje Vinculante

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden ayudarle con los problemas no resueltos en nuestros Centros de Atención del Plan o por teléfono al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Además, pueden ayudarle a presentar una queja formal en forma verbal o por escrito. También puede presentar una queja formal por medios electrónicos en kp.org/espanol. Las quejas formales deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del incidente.

Puede solicitar una revisión médica independiente si considera que hemos denegado, cambiado o demorado incorrectamente Servicios o el pago de Servicios y que (1) nuestra denegación se basó en un hallazgo de que los Servicios no eran Medicamente Necesarios o (2) en el caso de condiciones potencialmente mortales o gravemente debilitantes, el tratamiento solicitado se denegó por considerárselo experimental o en fase de investigación. Además, si presenta una queja formal y, posteriormente, necesita ayuda al respecto porque se trata de una emergencia, no le satisface su resolución o no se resolvió al cabo de 30 días, puede pedir ayuda al Departamento de Atención Administrada de la Salud de California por teléfono a la línea sin costo **1-888-466-2219** o a la línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con trastornos del habla o auditivos.

Con excepción de los casos que se tratan en los tribunales de demandas de menor cuantía y reclamos que no puedan someterse a arbitraje vinculante según las leyes que los rijan, cualquier disputa entre los Miembros, sus herederos o partes asociadas (por un lado) y el Plan de Salud, sus Proveedores de Atención Médica o partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier obligación que surja o que esté relacionada con su membresía del Plan de Salud debe decidirse a través de un arbitraje vinculante. Esto incluye los reclamos por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indica que los servicios o artículos médicos eran innecesarios o no estaban autorizados, o bien que se proporcionaron de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones o relacionados con la cobertura o el suministro de servicios o artículos, independientemente de las teorías jurídicas. Ambas partes renuncian a todos sus derechos a un juicio ante un jurado o ante un tribunal y son responsables de determinados costos asociados con el arbitraje obligatorio.

Este es un resumen breve de las opciones de resolución de disputas. Consulte la *EOC* para obtener más información, incluida la disposición completa sobre arbitraje.

Disposiciones de Renovación

Su grupo es responsable de informarle cuando se cambie o cancele su contrato con Kaiser Permanente. En general, el contrato cambia cada año, o antes, si así lo exige la ley.

Principales Exclusiones, Limitaciones y Reducciones de Beneficios

Exclusiones

A continuación, se presentan las principales exclusiones de la cobertura. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa, incluidos los detalles y las excepciones a las exclusiones. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los Servicios Médicamente Necesarios para tratar los trastornos de salud mental o por uso de sustancias incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico mencionadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o en la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Servicios de acupuntura

Este plan no cubre los servicios de acupuntura, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Visitas al Consultorio” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley, a menos que tenga cobertura para Servicios complementarios de acupuntura según se describa en una enmienda a la *EOC*.

Servicios quiroprácticos

Este plan no cubre los servicios quiroprácticos, excepto si lo exige la ley, a menos que tenga cobertura para Servicios quiroprácticos complementarios según se describa en una enmienda a la *EOC*.

Ensayos clínicos

Este plan no cubre los ensayos clínicos, excepto por los Ensayos Clínicos Aprobados según se describe en la *EOC* en el título “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

La cobertura de Ensayos Clínicos Aprobados no incluye lo siguiente:

- el medicamento, el artículo o en servicio en fase de investigación;
- medicamentos, artículos, dispositivos y servicios proporcionados exclusivamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilicen en la administración clínica directa del Miembro;
- medicamentos, artículos, dispositivos y servicios específicamente excluidos de la cobertura en la *EOC*, a excepción de aquellos que deban cubrirse conforme a las leyes estatales y federales;
- medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que el patrocinador de una investigación habitualmente brinde sin costo a los participantes del ensayo clínico.

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un Miembro al proceso de revisión independiente de Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación, según se describe en la *EOC*, en el título “Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación” en la sección “Exclusión”, ni al proceso de revisión médica independiente (*independent medical review*, “IMR”) del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC), según se describe en la *EOC*, en el título “Revisión Médica Independiente (‘IMR’)” en la sección “Resolución de Disputas”.

Servicios estéticos

Este plan no cubre servicios, suministros ni cirugías estéticas que retrasen o reviertan los efectos del envejecimiento ni que alteren o remodelen las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia en lugar de la función, excepto si lo exige la ley.

Este plan no cubre ningún servicio, suministro ni cirugía para promover el crecimiento del cabello o para prevenir o tratar de algún modo su caída, excepto si lo exige la ley.

Esta exclusión de servicios estéticos no se aplica a lo siguiente:

- tratamiento Médicamente Necesario de complicaciones a causa de la cirugía estética, como infecciones o hemorragias, según se describe en la sección “Beneficios” de la *EOC*;
- cirugía reconstructiva, según se describe en la *EOC*, en el título “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios”
- en el caso de la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales principales y secundarias para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida en que sea posible, correspondientes al género con el que un Miembro se identifique, de acuerdo con el estándar de atención que siguen los médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar las cuestiones clínicas específicas relacionadas con la atención solicitada, según se describe en la *EOC*, en el título “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios”;
- implantes testiculares colocados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias tras la extirpación total o parcial de un seno y prótesis para sustituir total o parcialmente una parte externa del rostro, según se describe en la *EOC*, en el título “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la sección “Beneficios”.

Atención de custodia o domiciliaria

Este plan no cubre la atención de custodia, que implican asistencia con las actividades de la vida diaria e incluye, entre otros, ayuda para caminar, levantarse de la cama y acostarse, bañarse, vestirse, preparar y dar comidas especiales, y supervisar los medicamentos que normalmente se autoadministran, excepto si lo exige la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- asistencia con las actividades de la vida diaria que requieren los servicios regulares de profesionales médicos o de salud capacitados o que habitualmente prestan estos profesionales (consulte “Cuidados Paliativos”, “Atención Médica a Domicilio”, “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Salud Mental” y “Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias” en la sección “Beneficios” de la *EOC*);
- asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de los cuidados paliativos, la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o la atención para pacientes hospitalizados (consulte “Cuidados Paliativos”, “Atención Médica a Domicilio”, “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Salud Mental” y “Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias” en la sección “Beneficios” de la *EOC*);
- atención de custodia brindada en un centro de atención médica (consulte “Cuidados Paliativos”, “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Salud Mental” y “Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias” en la sección “Beneficios” de la *EOC*). *EOC*

Servicios dentales

Este plan no cubre servicios ni suministros de atención dental, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios Dentales y de Ortodoncia” y “Lesiones de los Dientes” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

Suplementos alimentarios o nutricionales

Este plan no cubre suplementos alimentarios o nutricionales, excepto si lo exige la ley.

Suministros desechables para uso en el hogar

Este plan no cubre suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, apósitos, pañales y suministros para la incontinencia, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Equipo Médico Duradero (‘DME’) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Suministros para Ostomía y Urología” y “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios” de la *EOC*, o si lo exige la ley.

Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación

Este plan no cubre Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación, excepto según se describe a continuación o si lo exige la ley.

Los “Servicios Experimentales” son medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se están evaluando en estudios de laboratorio o en animales antes de que los prueben los seres humanos. Los Servicios Experimentales no están en proceso de investigación clínica.

Los “Servicios en Fase de Investigación” son los medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se evaluaron en estudios en laboratorio o en animales que ya terminaron, que actualmente se están evaluando en estudios en seres humanos y que cumplen con estas condiciones:

- Las pruebas aún no terminaron.
- Aún no se determinó la eficacia ni la seguridad de los servicios en sujetos humanos.
- El servicio no es de uso extendido.

La determinación de Servicio Experimental o Servicio en Fase de Investigación se basa en lo siguiente:

- referencia a las normas federales pertinentes, como las del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations), Capítulo IV (Administración de Financiamiento de la Atención Médica), y el Título 21 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations), Capítulo I (Administración de Alimentos y Medicamentos);
- consulta con organizaciones de proveedores, especialistas académicos y profesionales pertinentes al servicio específico;
- referencia a la bibliografía médica actualizada.

Sin embargo, si el plan de salud deniega o retrasa la cobertura del servicio solicitado por considerarlo un Servicio Experimental o Servicio en Fase de Investigación y usted cumple todos los requisitos que se indican a continuación, el plan de salud deberá llevar a cabo una revisión externa e independiente.

Requisitos

- Debe tener una condición Potencialmente Mortal o Gravemente Debilitante.
- Su Proveedor de Atención Médica debe certificar al plan de salud que usted tiene una condición Potencialmente Mortal o Gravemente Debilitante y que los tratamientos estándar no han logrado mejorar con eficacia su estado, que estos han resultado médicamente inadecuados o que no existe ningún tratamiento estándar más beneficioso cubierto por el plan de salud.
- Debe suceder que (a) su Proveedor de Atención Médica, que tenga un contrato con el plan de salud o sea su empleado, le haya recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento u otro tratamiento que, según certifique por escrito, probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro tratamiento estándar disponible o (b) usted o su Proveedor de Atención Médica, que sea un médico certificado, autorizado por la junta o elegible para la junta que esté calificado para ejercer dentro del ámbito de práctica correspondiente para tratar su condición, haya solicitado un tratamiento que, según dos documentos con evidencia médica y científica aceptable, probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier tratamiento estándar disponible.
- El plan de salud le debe haber denegado cobertura para el servicio recomendado o solicitado.
- Debe ocurrir que, de no ser por la determinación del plan de salud de que el servicio recomendado o solicitado es un Servicio Experimental o Servicio en Fase de Investigación, estaría cubierto.

Proceso de Revisión Externa e Independiente

Si el plan de salud deniega la cobertura del tratamiento recomendado o solicitado y usted cumple todos los requisitos, el plan de salud le notificará en un plazo de cinco días hábiles su decisión y su oportunidad de solicitar una revisión externa de su decisión. Si su Proveedor de Atención Médica determina que el servicio propuesto sería

considerablemente menos eficaz en caso de que no se iniciara de inmediato, usted puede solicitar una revisión acelerada, y los expertos del panel de revisión externa tomarán una decisión en un plazo de siete días a partir de su solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el plan de salud cubra el servicio recomendado o solicitado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones que generalmente corresponden a otros beneficios a los que usted tiene derecho.

Revisión Médica Independiente (“IMR”) del DMHC

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un Miembro a obtener una IMR del DMHC, según se describe en la *EOC* en la sección “Resolución de Disputas”. En determinadas circunstancias, no es necesario que inicie el proceso de queja formal o apelación del plan de salud antes de solicitar una IMR por denegaciones de Servicios Experimentales o Servicios en Fase de Investigación. En dichos casos, puede comunicarse de inmediato con el DMHC para solicitar una IMR de esa denegación, según se describe en la *EOC* en la sección “Resolución de Disputas”.

Audífonos

Este plan no cubre audífonos, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Audífonos” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

Proveedores no certificados o no autorizados

Este plan no cubre tratamientos o servicios prestados por un proveedor no certificado o no autorizado, excepto los servicios de *doula* según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Salud Reproductiva” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

Esta exclusión tampoco se aplica al tratamiento Médicamente Necesario de un Trastorno de Salud Mental o por Uso de Sustancias proporcionado o administrado por un Proveedor de Atención Médica que ejerza dentro del ámbito de práctica de su certificación o autorización, según la ley estatal correspondiente, o bajo su dirección.

Artículos personales o de comodidad

Este plan no cubre los artículos personales o de comodidad, como internet, teléfonos, artículos de higiene personal, servicios de entrega de comida o servicios de asistencia con los cuidados personales, excepto si lo exige la ley.

Medicamentos Recetados y Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

Este plan no cubre los siguientes Medicamentos Recetados, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” o “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley:

- Cuando se recetan servicios estéticos. En el contexto de esta exclusión, “servicios estéticos” significa medicamentos recetados exclusivamente para alterar o modificar las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia en vez de la función.
- Cuando se recetan exclusivamente para tratar la caída del cabello, la disfunción sexual, el rendimiento deportivo o mental, con fines estéticos o para prevenir el envejecimiento. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos para el rendimiento mental cuando son Médicamente Necesarios para tratar enfermedades o condiciones mentales diagnosticadas que afectan la memoria, incluido, entre otros, el tratamiento de la demencia o la enfermedad de Alzheimer o de sus síntomas.
- Cuando se recetan exclusivamente para bajar de peso, excepto cuando son Médicamente Necesarios para tratar la obesidad mórbida o de clase III. Podemos exigir a los Miembros a los que se receten medicamentos para la obesidad mórbida o de clase III que se inscriban en un programa integral de pérdida de peso cubierto durante un periodo razonable antes de recibir el Medicamento Recetado o simultáneamente.
- Cuando se recetan exclusivamente para acortar la duración de un resfriado común.
- Medicamentos Recetados que son de venta libre o para los que hay un equivalente de venta libre (el mismo ingrediente activo, concentración y dosis que el Medicamento Recetado). Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- ◆ insulina;
 - ◆ medicamentos de venta libre que están cubiertos dentro de los servicios preventivos, como medicamentos anticonceptivos de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA);
 - ◆ medicamentos de venta libre que se usan para revertir una sobredosis de opioides;
 - ◆ una categoría completa de Medicamentos Recetados cuando uno de los medicamentos dentro de esa categoría se aprueba para venta libre.
- Reemplazo de medicamentos robados o perdidos.
 - Medicamentos recetados por proveedores no contratados para procedimientos no cubiertos que no están autorizados por el plan de salud o un proveedor del plan, salvo que la cobertura se requiera de alguna otra manera en el contexto de Atención y Servicios de Emergencia.

Servicios de enfermería privada

Este plan no cubre los servicios de enfermería privada en el hogar, el hospital u otros centros de atención a largo plazo, a menos que lo exija la ley.

Reversión de la esterilización voluntaria

Este plan no cubre la reversión de la esterilización voluntaria, excepto por el tratamiento Médico Necesario de complicaciones médicas como se describe en la sección “Beneficios”, a menos que lo exija la ley.

Examen físico de rutina

Este plan no cubre los exámenes físicos que se realizan únicamente para viajes, seguros, certificaciones, empleos, escuela, campamentos, exámenes ordenados por un tribunal u otros fines no preventivos, a menos que lo exija la ley.

Embarazo por maternidad subrogada

Este plan no cubre las pruebas, los servicios o los suministros para una persona que no está cubierta según la *EOC* en el caso de un embarazo por maternidad subrogada, a menos que lo exija la ley.

Terapias

Este plan no cubre las siguientes terapias físicas y ocupacionales, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Rehabilitación y Habilidad” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley:

- terapia de masaje, a menos que sea parte de un plan de tratamiento;
- terapia o capacitación para el tratamiento de discapacidades del aprendizaje o problemas del comportamiento;
- terapia o capacitación en habilidades sociales;
- terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, de baile, de música o de lectura.

Viajes y alojamiento

Este plan no cubre transporte, millaje, alojamiento, comidas u otros gastos de viaje del Miembro, excepto por el transporte psiquiátrico o en ambulancia certificado según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”, o según se describe en el título “Viajes y Alojamiento para Determinados Servicios” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Cuidado de la vista

Este plan no cubre los servicios de la vista, excepto según se describe en la *EOC* en los títulos “Servicios de la Vista para Miembros Adultos” y “Servicios de la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

Programas de control de peso y programas de ejercicio

- Este plan no cubre los programas de control de peso o programas de ejercicio, excepto según se describe en la *EOC* en el título “Educación para la Salud” en la sección “Beneficios”, o si lo exige la ley.

Limitaciones

Haremos todo lo posible para proporcionar o coordinar Servicios cubiertos conforme a la disponibilidad de los centros de atención o del personal en el caso de presentarse alguna circunstancia inusual que retrase o impida en forma práctica la prestación de Servicios, como grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, incapacidad de gran parte del personal de un Centro de Atención del Plan, destrucción parcial o total de las instalaciones y conflictos laborales. En esas circunstancias, si tiene una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, llame al 911 o acuda al departamento de emergencias más cercano según se describe en el título “Servicios de Emergencia” de la sección “Cómo obtener atención” y le ofreceremos cobertura según se detalla en dicha sección.

Reducciones

Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que obtuvo Servicios cubiertos, deberá reembolsarnos hasta el monto máximo permitido según la Sección 3040 del Código Civil de California (California Civil Code). Nota: Esta sección “Reducciones” no afecta su obligación de pagar el Costo Compartido por estos Servicios. Como opción, podemos presentar un reclamo por subrogación en nuestro nombre contra la otra parte. Además de estos reclamos por responsabilidad de terceros de parte de Kaiser Permanente, los contratos entre Kaiser Permanente y algunos proveedores pueden permitirles recuperar de forma total o parcial la diferencia entre las tarifas que Kaiser Permanente paga y las tarifas que el proveedor cobra al público en general por los Servicios que usted recibió.

Consulte la *EOC* para obtener más información y conocer las otras reducciones (por ejemplo, acuerdo de maternidad subrogada y compensación del trabajador).

Cómo Convertirse en Miembro

Ansiamos darle la bienvenida como Miembro de Kaiser Permanente.

Si reúne los requisitos para inscribirse, solo debe llenar la solicitud de inscripción y enviarla a su grupo. Recuerde pedirle a su grupo el número de grupo (comprador) y la fecha en que entra en vigencia la cobertura.

Puede empezar a usar nuestros Servicios a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Si tiene preguntas sobre Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte la *EOC* para obtener más detalles sobre los requisitos de elegibilidad.

Personas que tienen prohibido inscribirse

No puede inscribirse si perdió su derecho a recibir los Servicios a través del Plan de Salud por una causa justificada.

Avisos Varios

Finalización de Servicios de Proveedores Fuera del Plan

Miembro Nuevo

Si recibe actualmente Servicios de un Proveedor Fuera del Plan de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección "Elegibilidad" y otro plan de salud le cubría los Servicios del proveedor cuando empezó a recibirlos, pero esta cobertura de su plan anterior ha finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura, es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los Servicios del Proveedor Fuera del Plan.

Proveedor cancelado

Si actualmente recibe Servicios cubiertos de un Hospital o un Médico del Plan (o de ciertos otros proveedores) de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección "Elegibilidad" y finaliza nuestro contrato con ese proveedor (por otros motivos que no sean una causa disciplinaria médica o actividad delictiva), es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los Servicios del proveedor cancelado.

Elegibilidad

Los siguientes casos están sujetos a esta disposición de finalización de Servicios:

- Condiciones agudas, es decir, condiciones médicas en las que los síntomas aparecen repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieran atención médica sin demora y que tengan una duración limitada. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que la condición aguda desaparezca.
- Condiciones crónicas graves. Es posible que cubramos estos Servicios hasta (1) 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia de su membresía si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato del proveedor cancelado; o (3) el primer día después de completar un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente después de una consulta con el Miembro y el Proveedor Fuera del Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales, lo que ocurra antes. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves que reúnen uno de los siguientes requisitos:
 - ◆ Persisten y nunca se curan totalmente.
 - ◆ Empeoran con el tiempo.
 - ◆ Requieren tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren.
- Embarazo y atención posparto inmediata. Es posible que cubramos estos Servicios durante el embarazo y la atención posparto inmediata.
- Condiciones de salud mental que puedan influir en las Miembros embarazadas o que se presenten durante el embarazo o el periodo de posparto, incluida, entre otras, la depresión posparto. Es posible que cubramos estos Servicios durante un máximo de 12 meses desde la fecha de diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, lo que sea posterior.
- Enfermedades terminales, es decir, enfermedades incurables o irreversibles con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos. Es posible que cubramos estos Servicios durante la enfermedad.
- Atención de niños menores de 3 años. Es posible que cubramos estos Servicios hasta (1) 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia de la membresía del niño si es un Miembro nuevo, (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato del proveedor cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño, lo que ocurra antes.
- Cirugía u otro procedimiento que se documente como parte de un ciclo de tratamiento y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se realice en un plazo de 180 días de la fecha de entrada en vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo o en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado.

A fin de poder recibir cobertura para estos Servicios, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- Su cobertura del Plan de Salud debe estar vigente en la fecha en que recibe los Servicios.
- En el caso de Miembros nuevos, la cobertura de su plan anterior para los Servicios del proveedor debe haber finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura.
- Debe recibir Servicios conforme a uno de los casos antes mencionados de parte de un Proveedor Fuera del Plan en la fecha de entrada en vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo, o de parte de un Proveedor del Plan cancelado en la fecha de finalización de su contrato.
- En el caso de Miembros nuevos, cuando usted se inscribió en el Plan de Salud, no debe haber tenido la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro plan (incluida alguna opción fuera de la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor Fuera del Plan.
- El proveedor debe haber aceptado nuestros términos y condiciones estándar de contrato, tales como las condiciones relacionadas con el pago y la prestación de Servicios dentro de su Área de Servicio (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro de su Área de Servicio no corresponde si estuvo recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio en el momento de finalizar el contrato del proveedor).
- Los Servicios que se le prestarán deberían ser Servicios cubiertos conforme a la EOC si los brindase un Proveedor del Plan.
- Usted debe solicitar los Servicios en un plazo de 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de entrada en vigencia de su membresía, si es un nuevo Miembro, o de la fecha en que finalice el contrato del Proveedor del Plan.

Su Costo Compartido por los Servicios es el Costo Compartido que se requiere para los Servicios que preste un Proveedor del Plan, según se describe en la EOC. **Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar los Servicios o una copia de nuestra política sobre “Finalización de Servicios Cubiertos, llame a Servicio a los Miembros.**

Lista de medicamentos disponibles

La lista de medicamentos disponibles incluye los medicamentos que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica aprobó para los Miembros en su Área de Servicio. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está compuesto principalmente por Médicos y farmacéuticos del Plan, selecciona los medicamentos para la lista de medicamentos disponibles según varios factores, entre ellos, la seguridad y la eficacia determinadas a partir de una revisión de la bibliografía médica. La lista de medicamentos disponibles se actualiza mensualmente cuando hay nueva información o nuevos medicamentos disponibles. Para saber qué medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos de su plan, visite nuestro sitio web en kp.org/formulary (haga clic en “Español”). Si quiere recibir una copia de la lista de medicamentos disponibles de su plan, llame a Servicio a los Miembros. Nota: La inclusión de un medicamento en la lista de medicamentos disponibles no significa necesariamente que se vaya a recetar para una condición médica en particular.

Las pautas de la lista de medicamentos disponibles le permiten obtener Medicamentos Recetados no incluidos en la lista (aquellos que no figuran en la lista de medicamentos disponibles para su condición) si, en otras circunstancias, su plan los cubriría y si fuesen Medicamento Necesarios. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan con respecto a que no se cubra un Medicamento Recetado no incluido en la lista, puede presentar una queja formal según se describe en la EOC.

Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para saber si tiene cobertura de Medicamentos Recetados.

Normas de privacidad

Kaiser Permanente resguarda la privacidad de su información médica protegida y exige a los proveedores contratistas que hagan lo mismo. Su información médica protegida son datos (orales, escritos o electrónicos) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o el pago de su atención médica, a través de los cuales se le puede identificar. Por lo general, puede ver y recibir copias de su información médica protegida, así como corregirla o actualizarla, y pedirnos que expliquemos la revelación de ciertos datos incluidos en ella.

Puede pedir que las comunicaciones confidenciales se envíen a otro lugar que no sea su dirección habitual o por otro medio de entrega que no sea el habitual. Si quiere solicitar comunicaciones confidenciales, llene el formulario correspondiente disponible en kp.org/espanol en “Solicitud de formularios de comunicaciones confidenciales”. Su solicitud de comunicaciones confidenciales tendrá validez hasta que presente una revocación o una solicitud nueva de comunicaciones confidenciales. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Es posible que usemos o revelemos su información médica protegida para fines de tratamiento, investigación médica, pagos y operaciones relacionadas con la atención médica, como la medición de la calidad de los Servicios. A veces, la ley exige que suministremos información médica protegida a terceros, por ejemplo, a agencias gubernamentales o para cumplir con una medida judicial.

Además, podemos compartir su información médica protegida con sus empleadores solo con su autorización o en los casos en que la ley así lo permita.

No usaremos ni revelaremos su información médica protegida para ningún otro fin sin su autorización por escrito (o la de su representante), excepto según se describe en el *Aviso sobre Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)* (consulte a continuación). La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE PROPORCIONA MÁS INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. Para solicitar una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710**. También puede encontrar el aviso en su Centro de Atención del Plan local o en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Nota especial sobre Medicare

La información que se incluye en este folleto no corresponde a la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Consulte a su grupo para determinar la revelación previa a la inscripción que le corresponda si es elegible para inscribirse en Medicare y para saber si puede inscribirse en Kaiser Permanente Senior Advantage.

Servicios de preservación de la Fertilidad para infertilidad iatrogénica (vigente a partir del 1.º de julio de 2025)

Tiene derecho a recibir servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica cuando cumpla con los requisitos de la Sección 1300.74.551 del Título 28 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations). “Infertilidad iatrogénica” significa infertilidad causada de forma directa o indirecta por cirugía, quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico. Si el Plan de Salud no puede coordinar esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red de su plan de salud, deberá cubrir y coordinar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar más que el costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo máximo de 10 días hábiles para atención primaria y en un plazo de 15 días hábiles para atención especializada desde el momento en que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no necesita autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si necesita autorización previa).

Si su plan de salud no consigue coordinar los servicios en estos plazos y dentro de las condiciones de acceso geográfico, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor certificado, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Si tiene una cobertura de la organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*) y su plan de salud puede coordinar esos servicios en estos plazos y dentro de las condiciones de acceso geográfico, el uso voluntario de los beneficios fuera de la red puede generarle cargos fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica o tiene dificultades para obtener los servicios, puede:

- 1) llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud,
- 2) llamar al centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de California al 1-888-466-2219 o
- 3) solicitar asistencia para obtener servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica al Departamento de Atención Administrada de California mediante el sitio web www.DMHC.ca.gov.

Definiciones

Periodo de Acumulación: Un periodo de 12 meses consecutivos o menos para acumular montos para los deducibles (si corresponde), los gastos máximos de bolsillo y los límites de beneficios. Por ejemplo, el Periodo de Acumulación podría ser un año calendario o un año de contrato. Las fechas del Periodo de Acumulación se especifican en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*.

Asignación: Un monto específico que se le acredita a usted para comprar un artículo. Si el precio de los artículos que selecciona supera la Asignación, deberá pagar la diferencia (que no se aplicará a ningún deducible ni gasto máximo de bolsillo).

Ensayo Clínico Aprobado: Un ensayo clínico de fase I, II, III o IV relacionado con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición Potencialmente Mortal y que cumpla al menos uno de los siguientes requisitos:

- El estudio o la investigación cuenta con aprobación o financiación, que puede incluir donaciones en especie, de al menos uno de los siguientes:
 - ◆ los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health);
 - ◆ los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) federales;
 - ◆ la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality);
 - ◆ los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) federales;
 - ◆ un grupo o centro colaborador de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales, la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales, el Departamento de Defensa (Department of Defense) o el Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) de los Estados Unidos;
 - ◆ una entidad de investigación no gubernamental calificada que se identifique en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros;
 - ◆ uno de los siguientes departamentos, si el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados mediante un sistema de revisión de pares que, según el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos, sea comparable con el de los Institutos Nacionales de Salud y garantice una revisión objetiva de los estándares científicos más elevados por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión:
 - el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos;
 - el Departamento de Defensa de los Estados Unidos;
 - el Departamento de Energía (Department of Energy) de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en fase de investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación es un ensayo de un medicamento que no se somete a la revisión de la solicitud de nuevo medicamento en fase de investigación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista: Servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis del comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencia, que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el desenvolvimiento de una persona con trastorno del espectro autista (o tratan condiciones de salud mental distintas del trastorno del espectro autista cuando este tratamiento está clínicamente indicado) y que cumplen con los siguientes criterios:

- Un Médico del Plan receta el tratamiento o un Proveedor del Plan que es psicólogo lo desarrolla.
- El tratamiento es administrado por un Proveedor del Plan que es 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, según se define en la Sección 1374.73(c) del Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code).

Cargos: “Cargos” significa lo siguiente:

- en el caso de Servicios que preste el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por Servicios prestados a los Miembros;
- en el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos en el programa de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación;
- en el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administre y posea, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de prestar los Servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los Miembros y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud);
- en el caso de los Servicios de ambulancia aérea recibidos de Proveedores Fuera del Plan cuando usted tenga una Condición Médica de Emergencia o una Condición Psiquiátrica de Emergencia, el monto que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley federal;
- en el caso de otra Atención y Servicios de Emergencia recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluida la Atención de Postestabilización que constituye Atención y Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal;
- en el caso de otros Servicios recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluidos los Servicios de Postestabilización que no constituyen Atención o Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto (1) que se debe pagar de acuerdo con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal; o (2) si no corresponde ninguna ley estatal o federal que prohíba la facturación del saldo, el monto acordado por el Proveedor Fuera del Plan y el Plan de Salud, o en ausencia de dicho acuerdo, la tarifa habitual, acostumbrada y razonable para esos servicios según lo determine el Plan de Salud con base en criterios objetivos;
- en el caso de cualquier otro Servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los Servicios o, si Kaiser Permanente resta su Costo Compartido del pago, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado el Costo Compartido.

Coseguro: Un porcentaje de los Cargos que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto. En *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

Copago: Un monto específico de dinero que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto. Nota: El monto en dólares del Copago puede ser \$0 (sin cargo). En *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*, se incluye un resumen de los Copagos y el Coseguro. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa de Copagos y Coseguro.

Costo Compartido: El monto que usted debe pagar por los Servicios cubiertos. Por ejemplo, su Costo Compartido podría ser un Copago o Coseguro. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan y usted recibe Servicios que están sujetos al Deducible del Plan, su Costo Compartido para esos Servicios se considerará un Cargo hasta que alcance el Deducible del Plan. De igual manera, si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos y usted recibe Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos, su Costo Compartido para esos Servicios se considerará un Cargo hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

Beneficios Cubiertos: Los Servicios y suministros Medicamento Necesarios que tiene derecho a recibir según el acuerdo del grupo y que se describen en la *EOC* o en la ley de planes de salud de California.

Dependiente: Un Miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como Dependiente según se describe en la *EOC*.

Deducible de Medicamentos: Monto que debe pagar según la *EOC* en el Periodo de Acumulación para algunos medicamentos, suministros y suplementos antes de que le brindemos cobertura por esos Servicios con el Copago o el Coseguro aplicables en ese Periodo de Acumulación. Consulte en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para saber si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, qué Servicios están sujetos al Deducible de Medicamentos y cuál es el monto.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por sí misma con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) tales que se esperaría razonablemente que sucediera cualquiera de los siguientes si no se brindara atención médica inmediata:

- Pondría la salud del paciente en riesgo grave.
- Provocaría una deficiencia grave de las funciones del organismo.
- Causaría la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Atención y Servicios de Emergencia: Cualquiera de los siguientes:

- prueba de detección, examen o evaluación por parte de un médico o cirujano o, en la medida que lo permite la ley correspondiente, de otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico o cirujano, para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia o un trabajo de parto activo y, en ese caso, la atención, el tratamiento y la cirugía, si están dentro del ámbito de la certificación de esa persona, en caso de que sean necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia dentro de las posibilidades del centro de atención;
- prueba de detección, examen o evaluación adicionales por parte de un médico u otro personal en la medida que lo permita la ley correspondiente y dentro del ámbito de su certificación y los privilegios clínicos, para determinar si existe una Condición Psiquiátrica de Emergencia y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Condición Psiquiátrica de Emergencia dentro de las posibilidades del centro de atención.

EOC: El documento de *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage)*, incluidas las enmiendas, en el que se describe la cobertura de atención médica según el *Acuerdo* del Plan de Salud con su grupo.

Evidencia de Cobertura: Cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de autorización que se emite para un Miembro y expone la cobertura a la que este tiene derecho.

Servicios Experimentales: Medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se están evaluando en estudios de laboratorio o en animales antes de que los prueben los seres humanos. Los Servicios Experimentales no están en proceso de investigación clínica.

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Proveedor de Atención Médica: Cualquier persona profesional, grupo médico, asociación de médicos independientes, organización, centro de atención médica u otra persona o institución con certificación o autorización del estado para ofrecer o prestar servicios de atención médica.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una corporación sin fines de lucro de California. El Plan de Salud es un plan de servicios de atención médica con certificación del Departamento de Atención Administrada de la Salud para ofrecer cobertura de atención médica.

Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (*Health Savings Account*, “HSA”): Fondo fiduciario o cuenta de custodia libre de impuestos que se establece según la Sección 223 (d) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) con el fin exclusivo de pagar gastos médicos autorizados. Las contribuciones que una persona elegible pueda realizar a la Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos son deducibles de impuestos según las leyes federales de impuestos, independientemente de que la persona desglose las deducciones. Para que pueda contribuir a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos, debe tener cobertura de un Plan de Salud con Deducible Alto autorizado y reunir otros requisitos de elegibilidad según las leyes de impuestos.

El Plan de Salud no ofrece asesoramiento impositivo. Consulte a su asesor financiero o fiscal para obtener consejos o más información sobre su elegibilidad para una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos.

Plan de Salud con Deducible Alto (*High Deductible Health Plan*, “HDHP”): Un plan de beneficios de salud que cumple los requisitos de la Sección 223(c)(2) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code). La cobertura de atención médica que se resume en este *Formulario de Revelación* se ha elaborado para que sea compatible con un HDHP y se use con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos.

Región Base: La Región en la que se inscribió (la Región Norte de California o la Región Sur de California).
Nota: Podemos ampliar el Área de Servicio de su Región Base en cualquier momento y le notificaremos el cambio por escrito a su Grupo. Los códigos postales están sujetos a cambios realizados por el Servicio Postal de los Estados Unidos.

Área de Servicio de la Región Norte de California

Para los Miembros inscritos en la Región Norte de California, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en el Área de Servicio de su Región Base:

- Condado de Alameda (todo el condado): 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377, 95391
- Condado de Amador: 95640, 95669
- Condado de Contra Costa (todo el condado): 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820, 94850
- Condado de El Dorado: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762
- Condado de Fresno: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888
- Condado de Kings: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656
- Condado de Madera: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720
- Condado de Marin (todo el condado): 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79
- Condado de Mariposa: 93601, 93623, 93653
- Condado de Napa (todo el condado): 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599, 95476
- 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 (todo el condado): 94203-06, 94209, 94229-30, 94232, 94235-37, 94239-40, 94244, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94283-85, 94287-90, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 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
- Condado de San Francisco (todo el condado): 94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177, 94188
- Condado de San Joaquin (todo el condado): 94514, 95201-13, 95215, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690
- Condado de San Mateo (todo el condado): 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04, 94497
- Condado de Santa Clara: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196
- Condado de Santa Cruz (todo el condado): 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073, 95076-77
- Condado de Solano (todo el condado): 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694, 95696

- Condado de Sonoma: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492
- Condado de Stanislaus (todo el condado): 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87, 95397
- Condado de Sutter: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836-7
- Condado de Tulare: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
- Condado de Yolo: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99
- Condado de Yuba: 95692, 95903, 95961

Área de Servicio de la Región Sur de California

Para los Miembros inscritos en la Región Sur de California, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en el Área de Servicio de su Región Base:

- Condado de Imperial: 92274-75
- Condado de Kern: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61, 93581
- Condado de Los Angeles: 90001-84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90099, 90134, 90140, 90189, 90201-02, 90205, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260, 90262-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-33, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-28, 91330-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91601-10, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91, 93599
- Condado de Orange (todo el condado): 90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87, 92899
- Condado de Riverside: 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83
- Condado de San Bernardino: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880
- Condado de San Diego: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93, 92195-99
- Condado de Tulare: 93238, 93261
- Condado de Ventura: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099, 93252

Para cada código postal indicado para un condado, su Área de Servicio incluye solo la parte de ese código postal que pertenece a dicho condado. Cuando un código postal abarca más de un condado, la parte del código postal que pertenece a otro condado no está incluida en su Área de Servicio, salvo que ese otro condado también esté incluido y el código postal también esté indicado para ese otro condado.

Servicios en Fase de Investigación: Los medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los que ya se completó la fase de estudios de laboratorio o en animales, por lo que se encuentran en la fase de estudios en seres humanos, y se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Las pruebas aún no terminaron.
- Aún no se determinó la eficacia ni la seguridad de los servicios en sujetos humanos.
- El servicio no es de uso extendido.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Hospitals (una corporación sin fines de lucro de California), el Plan de Salud y el Grupo Médico.

Estado en el que opera Kaiser Permanente: California, Colorado, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington.

Potencialmente Mortal: Una o ambas de las siguientes:

- enfermedades o condiciones que tienen una alta probabilidad de ocasionar la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad;
- enfermedades o condiciones con resultados potencialmente mortales, en cuyo caso la intervención clínica tiene como objetivo la supervivencia del paciente.

Grupo Médico: Para los Miembros de la Región Norte de California, The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro; y para los Miembros de la Región Sur de California, Southern California Permanente Medical Group, una sociedad profesional con fines de lucro.

Medicamento Necesario: Un servicio o producto que satisface las necesidades específicas de un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, lo que incluye minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, de una manera que cumpla con todas las siguientes condiciones:

- Debe brindarse de acuerdo con el estándar de atención generalmente aceptado, incluidos los de Trastorno de Salud Mental o por Uso de Sustancias.
- Debe ser clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración.
- No debe brindarse principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica o los Miembros ni para conveniencia del paciente, el médico tratante u otro Proveedor de Atención Médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas a partir de los 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (en general quienes tienen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro: Un Suscriptor o Dependiente de un Suscriptor que tiene una cobertura activa.

Trastorno de Salud Mental o por Uso de Sustancias: Una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias incluidos en cualquiera de las categorías de diagnóstico mencionadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o en la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Visitas a Especialistas No Médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como profesional de enfermería avanzada, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Atención de Urgencia Fuera del Área: Servicios Médicamente Necesarios para evitar el deterioro grave de su salud (o la de su bebé no nacido) como consecuencia de una enfermedad, una lesión o una complicación de una condición existente imprevistas (incluido el embarazo), si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de su Área de Servicio.
- Una persona sensata hubiera creído que su salud (o la de su bebé no nacido) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su Área de Servicio.

Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios: Un medicamento autoadministrado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal para la venta al público mediante farmacias minoritas o servicios de farmacia por correo, que requiere receta médica y que no se brinda a pacientes hospitalizados.

Visitas a Especialistas Médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas médicos, incluidos Médicos personales del Plan que no son Médicos de Atención Primaria.

Deducible del Plan: El monto que debe pagar según la *EOC* durante el Periodo de Acumulación por algunos Servicios antes de que le brindemos cobertura por esos Servicios con el Copago o el Coseguro correspondientes en ese Periodo de Acumulación. En *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*, se incluyen los montos de los Deducibles del Plan. El Deducible del Plan corresponde al año calendario, a menos que se especifique otro Periodo de Acumulación en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan, consulte la *EOC* para ver la lista de Servicios que están sujetos a este deducible.

Centro de Atención del Plan: Cualquier centro de atención de su Área de Servicio que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/ubicaciones. Los Centros de Atención del Plan incluyen los Hospitales y los Consultorios Médicos del Plan y otros centros de atención designados en el directorio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros de Atención del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Hospital del Plan: Cualquier hospital de su Área de Servicio que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/ubicaciones. En el directorio, algunos Hospitales del Plan figuran como Centros Médicos de Kaiser Permanente. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Hospitales del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Consultorio Médico del Plan: Cualquier consultorio médico de su Área de Servicio que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/ubicaciones. En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan: El monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Periodo de Acumulación por ciertos Servicios cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para averiguar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. Consulte la *EOC* para obtener información sobre qué Servicios corresponden al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

Farmacia del Plan: Una farmacia que Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos administra y posee. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/ubicaciones para conocer las ubicaciones de las Farmacias del Plan de su Área de Servicio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Farmacias del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar Servicios a los Miembros en su Área de Servicio (excepto los médicos contratados solo para prestar Servicios de referencias).

Proveedor del Plan: Un Hospital del Plan, un Médico del Plan, el Grupo Médico, una Farmacia del Plan o cualquier otro Proveedor de Atención Médica que se designe en el Plan de Salud como Proveedor del Plan en su Área de Servicio.

Atención Posterior a la Estabilización (Atención de Postestabilización): Servicios Médicamente Necesarios relacionados con su Condición Médica de Emergencia o Condición Psiquiátrica de Emergencia que reciba en un hospital (incluido el departamento de emergencias), un departamento de emergencias independiente o un centro de enfermería especializada después de que su médico tratante determine que esta condición se ha Estabilizado. La Atención de Postestabilización también incluye el equipo médico duradero cubierto en la EOC si es Medicamente Necesario después de recibir el alta del departamento de emergencias y si está relacionado con la misma Condición Médica de Emergencia. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero que cubre su plan, consulte el título “Equipo Médico Duradero (‘DME’) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios” de la EOC.

Primas: Los montos periódicos que su grupo debe pagar por su membresía según esta EOC, a menos que usted sea responsable de pagar las Primas por tener cobertura de Cal-COBRA.

Medicamento Recetado: Un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) para la venta a los consumidores que requiere una receta médica y no se brinda a pacientes hospitalizados. El término “medicamento” o “medicamento recetado” incluye los siguientes:

- dispositivos desechables que son médicamente necesarios para administrar un medicamento recetado cubierto, como los espaciadores e inhaladores que se usan para administrar medicamentos recetados en aerosol a pacientes ambulatorios;
- jeringas para medicamentos recetados autoinyectables que no se venden como jeringas precargadas;
- medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos conforme a los beneficios de medicamentos recetados del producto de acuerdo con las Secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code), incluidos los medicamentos, dispositivos y productos de venta libre aprobados por la FDA;
- las vacunas u otros beneficios de atención médica cubiertos según el título “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” en la EOC.

Condición Psiquiátrica de Emergencia: Un trastorno mental que se manifiesta por sí mismo con síntomas agudos de suficiente gravedad tales que la persona supone un peligro inminente para sí misma o para otros, o bien queda inmediatamente imposibilitada para conseguir o usar comida, refugio o vestimenta debido a dicho trastorno mental.

Región: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las Regiones pueden cambiar el 1.º de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de las Regiones, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-788-0710** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Área de Servicio: El área geográfica designada por el plan dentro de la cual un plan brinda servicios de atención médica.

Servicios: Los servicios o artículos de atención médica (“atención médica” incluye la atención médica tanto física como mental y el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias) y el Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista cubiertos según el título “Servicios de Salud Mental” en la EOC.

Estabilizar: Proporcionar tratamiento médico para la Condición Médica de Emergencia o la Condición Psiquiátrica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá el deterioro sustancial de la condición a causa del traslado (ni durante dicho traslado) de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una persona embarazada que tiene contracciones, cuando no es el momento adecuado para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto (o cuando el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la persona embarazada o del niño no nacido), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

Suscriptor: Un Miembro que puede tener una membresía por sí mismo, no por su estado como Dependiente, y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor.

Acuerdo de Maternidad Subrogada: Un acuerdo en el que una persona acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o los bebés) a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo (o criarlos). El embarazo puede producirse de cualquier manera, incluidas, entre otras, la fecundación por inseminación artificial, inseminación intrauterina, fecundación *in vitro* o implantación quirúrgica de un óvulo fecundado de otra persona. A los efectos de la EOC, “Acuerdos de Maternidad Subrogada” incluye todos los tipos de acuerdos de maternidad subrogada, hasta los tradicionales y los gestacionales.

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

Atención de Urgencia: Servicios Médicamente Necesarios para una condición que requiere atención médica sin demora, pero que no es una Condición Médica de Emergencia ni una Condición Psiquiátrica de Emergencia.

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week

Arabic: تنبيه. المساعدة اللغوية متوفرة بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا للحصول على المساعدة. لا تعمل خدمات الأعضاء في العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP` 1-800-443-0815 (TTY 711), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal` 1-855-839-7613 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը` 1-800-464-4000 (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Chinese: 请注意，我们有免费语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式的版本，如盲文、音频或大字版。您还可以要求使用我们设施中的语言辅助工具和设备。请联系会员服务部以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare, 包括 D-SNP : 1-800-443-0815 (TTY 711), 每周 7 天, 上午 8 点至晚上 8 点
- Medi-Cal : 1-855-839-7613 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时
- 所有其他保险计划: 1-800-757-7585 (TTY 711), 每周 7 天, 每天 24 小时

Farsi: توجه. امکان بهره‌مندی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با خدمات اعضای ما تماس بگیرید. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare, شامل D-SNP: با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره 1-855-839-7613 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره 1-800-464-4000 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

Hindi: ध्यान दें। भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: 1-800-443-0815 (TTY 711), सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: 1-800-464-4000 (TTY 711), दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

Hmong: FAJ SEEB. Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab

rau ntwam peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnuv so uas tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub vij

Japanese: **ご注意。** 言語サポートは無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門にお電話ください。加入者向けサービスは主要な休日では営業していません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 、24 時間、年中無休

Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។ ជំនួយភាសាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀត៖ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: **안내 사항.** 무료 언어 지원 제공. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 부서에 도움을 요청하시기 바랍니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함), 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간

Laotian: ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານ

ສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບ ແບບອື່ນ ເຊັ່ນ ອັກສອນນູນ,

ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ

ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ

ພ້ອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສໍາຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ອື່ນໆ: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

Mien: CAU FIM JANGX LONGX OC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih core haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngx jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyei diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hlou, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih core haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc se gec mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc.

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyei diuc jauv-louc: **1-800-464-4000** (TTY 711), yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

Navajo: GIHA. Tséé' naalkáah sidá'ígíí éí doo t'ée' íí'í' dah sidáa'ígíí. T'ée'góó t'ízi'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí. T'á'ii éí t'ée'góó t'ízi'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'ée' bik'eh dah na'alka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí bikáa' dah na'alka'ígíí t'áá' ałtso bik'eh dah deidiyós. Bi'ée' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'alka'ígíí éí bik'eh dah naazhjaa'ígíí bik'eh dah na'alka'ígíí.

- Medicare, bikáa' dah deidiyós D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jí t'áá'á'í damóó
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 t'ohch'oolí t'áá'á'í jí, 7 jí t'áá'á'í damóó
- T'áá' ał'ąą: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 t'ohch'oolí t'áá'á'í jí, 7 jí t'áá'á'í damóó

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੂਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਜਿਸ ਵਿੱਚ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

Russian: ВНИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, без выходных с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, круглосуточно без выходных.

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

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

Tagalog: PAUNAWA. May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro para sa tulong. Ang mga serbisyo sa miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Thai: **ส่งถึง** มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษา แก่ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสาร เป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711) 8.00 น. ถึง 20.00 น. หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711) ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000** (TTY 711) ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

Ukrainian: **УВАГА!** Послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів. Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), з 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000** (TTY 711), цілодобово, без вихідних.

Vietnamese: **LƯU Ý.** Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp. Ban dịch vụ hội viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

Aviso de no discriminación

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

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

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

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

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

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

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

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.

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

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

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

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

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

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

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

Los formularios de queja están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

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

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights). Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

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

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

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

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