Parte Dos del Formulario de Divulgación

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 ambulatorios y medicamentos recetados de proveedores fuera de la red.

Introducción

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

Estos documentos son solo 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 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* para saber qué Región de California es su Región base. **La información sobre la cobertura en este *Formulario de Divulgación* 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* tienen cobertura solo si se cumplen todas las condiciones a continuación:

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- 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, Beneficios 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, en este *Formulario de Divulgación* se describen 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 Divulgación* 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* para leer un resumen sobre los deducibles, los Copagos y el Coseguro. 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 Divulgación*, 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 divulgación:
"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, incluidos los anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto; tratamientos para la infertilidad; o la 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 Divulgación*, este plan incluye Kaiser Permanente Plus ("KP Plus"), que le permite obtener un conjunto limitado de servicios ambulatorios cubiertos y una cantidad limitada 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 Beneficios Cubiertos

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

- Referencias autorizadas
- Servicios de ambulancia de emergencia
- Atención y Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área
- Cuidados paliativos
- Beneficios 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**).

Atención y Servicios de Emergencia

Atención y Servicios 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 emergencia 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 a nosotros, 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 en las siguientes circunstancias (consulte el título “Atención de Postestabilización” en “Atención y Servicios de Emergencia” en la sección “Cómo Obtener Beneficios Cubiertos” de la *EOC* para obtener información detallada):

- Cuando usted recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor Fuera del Plan dentro de California, un Proveedor Fuera del Plan dentro de Nevada que no sea un centro de la red de PPO de Cigna Healthcare, o 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 recibe Atención de Postestabilización de parte de todos los demás proveedores fuera de California, si califica como Atención y 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, un Proveedor Fuera del Plan dentro de Nevada que no sea un centro de la red de PPO de Cigna Healthcare, o 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 de su 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 del feto) 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 del feto) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta que regresara al Área de Servicio.

No necesita autorización previa para los Servicios 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, con 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 (ID) de cada Miembro de Kaiser Permanente tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para hacer una cita o recibir consejos o cuando consulte a un proveedor para recibir atención con cobertura. Cuando reciba atención, lleve su tarjeta de identificación y una identificación con foto.
Su número de historia clínica se usa para identificar su expediente médico 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

Los Centros de Atención del Plan se enumeran en el Directorio de Proveedores para su Área de Servicio. En el directorio se describen los tipos de Beneficios Cubiertos que están disponibles en cada Centro de Atención del Plan, porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Beneficios Cubiertos.

El Directorio de Proveedores está disponible en el sitio web **kp.org/ubicaciones**. Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. 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.

En general, en la mayoría de los Centros de Atención del Plan puede recibir todos los Beneficios 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 (para conocer las ubicaciones de los departamentos de emergencias, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

- Las citas de Atención de Urgencia para el mismo día están disponibles en diversas ubicaciones (para conocer las ubicaciones de la Atención de Urgencia, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Muchos Consultorios Médicos del Plan ofrecen citas por la tarde y los fines de semana.
- Muchos Centros de Atención del Plan cuentan con una oficina de Servicio a los Miembros (para conocer las ubicaciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

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 obtener información sobre cómo seleccionar 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 ver un directorio de nuestros Médicos del Plan en nuestro 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 del trastorno por consumo de sustancias y obstetricia/ginecología

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 ni una 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 previa para ciertas referencias y servicios”.
- Es posible que el proveedor deba referirle a un especialista que tenga experiencia clínica relacionada con su enfermedad o afección.

Referencias abiertas
Si un Médico del Plan lo 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 médica potencialmente mortal, degenerativa o incapacitante, y necesita atención continua de un especialista, puede obtener una referencia abierta.

Procedimiento de autorización previa para determinadas referencias y servicios

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 supervisión 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 adecuado desde un punto de vista clínico según los términos de su cobertura de salud. Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones para rechazar o modificar las solicitudes de autorización.

Por lo general, la mayoría de los servicios no requieren autorización previa. Los siguientes son ejemplos de servicios que requieren autorización previa por el Plan de Salud para los servicios a cubrir ("autorización previa" significa que el Plan de Salud debe aprobar los servicios por adelantado):

- Servicios de acupuntura
- Equipo médico duradero, suministros urológicos y para la ostomía, y dispositivos protésicos y ortopédicos
- Anestesia dental
- Referencias a Proveedores Fuera del Plan

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 "Atención y Servicios de Emergencia" en la sección "Cómo Obtener Beneficios Cubiertos" de la *EOC* para conocer los requisitos de autorización correspondientes a la Atención de Postestabilización recibida de Proveedores Fuera del Plan.

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 solicitar a Servicio a los Miembros que le ayude a conseguirla con otro Médico del Plan que sea un Proveedor Médico 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 10 días hábiles.
- Cita para atención especializada de rutina (no urgente) con un médico: en 15 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental (no urgente) de rutina o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional médico que no sea médico: en 10 días hábiles.
- Cita de seguimiento (no urgente) para atención de salud mental o tratamiento del trastorno por consumo de sustancias con un profesional médico que no sea médico, para aquellos que estén siguiendo un tratamiento para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias en curso: en 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 la salud mental y el tratamiento de los 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

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando reciba Beneficios Cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención sin costo alguno. 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 del trastorno por consumo 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/Trastorno por Consumo 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 en el 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 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 obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California a través de su sitio web en http://www.healthhelp.ca.gov a fin de solicitar ayuda para 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 pago 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 reciba Beneficios Cubiertos, debe pagar el Costo Compartido que se establece 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 Beneficios Cubiertos que reciba y 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 por los que le podrían enviar una factura:

- Recibe servicios no preventivos durante una visita preventiva.
- Recibe servicios de diagnóstico durante una visita de tratamiento.
- Recibe servicios de tratamiento durante una visita de diagnóstico.
- 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 esté involucrado en la prestación de los Beneficios Cubiertos en un Centro de Atención del Plan o en un centro de atención contratado en donde hayamos autorizado que reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo Compartido de los Beneficios 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 un procedimiento, visite nuestro sitio web en **kp.org/espanol** para usar 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* 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.

Los estimados 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*, 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 servicios son menores que los Copagos descritos en esta *EOC*, usted pagará el monto menor, sujeto a cualquier deducible o gasto máximo de bolsillo aplicable.

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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*. 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 Recetados, suministros y suplementos hasta que alcance el monto de Deducible de Medicamentos que se menciona en la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*. 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*. 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, sujetos 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 Beneficios 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*.

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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* 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 Beneficios Cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* para averiguar 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*. Consulte la *EOC* para obtener 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 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 ninguna cantidad que nosotros debamos. 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 Beneficios 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 para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan. 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.

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 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 completado 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 completado e incluir las facturas del Proveedor Fuera del Plan. Si el Proveedor Fuera del Plan indica que presentará un reclamo, usted es responsable de asegurarse de que recibamos todo lo necesario para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor Fuera del Plan por Beneficios 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 completar y enviarnos toda información que solicitemos para procesar el reclamo, por ejemplo, formularios de reclamo, consentimientos de divulgación 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 instrucciones adicionales, información sobre la cobertura, exclusiones, limitaciones y resolución de disputas por 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. Todos los servicios que reciba después de que se cancele la membresía se facturarán con la tarifa para no Miembros.

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/espanol** 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 satisfecho 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. Ellos están para brindarle la ayuda que necesita y responder cualquier pregunta que pueda tener.

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:

Por 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.
En persona	Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para saber las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
Por correo	A la oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para saber las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
Mediante el 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 de 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 (Independent Medical Review, IMR) 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 Médicamente 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 ambas partes 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 consumo 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 Cubiertos", o en la medida que lo exija la ley, a menos que tenga cobertura para servicios complementarios de acupuntura, según se describe en una enmienda a la *EOC.*

Servicios quiroprácticos
Este plan no cubre los servicios quiroprácticos, excepto en la medida que lo exija la ley, a menos que tenga cobertura para servicios quiroprácticos complementarios, según se describe 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 Cubiertos", o si lo exige la ley.

La cobertura de los Ensayos Clínicos Aprobados no incluye los siguientes:

- El servicio, artículo o medicamento en fase de investigación.
- Los servicios, dispositivos, artículos y medicamentos que se proporcionan exclusivamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis que no se usan directamente para el tratamiento clínico 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;
- Los servicios, dispositivos, artículos y medicamentos que el patrocinador de la investigación habitualmente le brinda sin costo a un participante de un 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 "Exclusiones", ni al proceso de Revisión Médica Independiente ("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 estéticos 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 en servicios estéticos no se aplica a los siguientes:

- tratamiento Médicamente Necesario de complicaciones a causa de la cirugía estética, como infecciones o hemorragias, según se describe en la sección "Beneficios Cubiertos" de la *EOC*;

- cirugía reconstructiva, según se describe en la *EOC*, en el título “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios Cubiertos”*;*
- 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 Cubiertos”;
- 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 Cubiertos”.

Atención de custodia o domiciliaria
Este plan no cubre la atención de custodia, que implica 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, ni la atención domiciliaria, que incluye la vivienda en un entorno similar al de un hogar para adultos que no son capaces de vivir solos debido a deterioros relacionados con la edad o discapacidades físicas, mentales o visuales, excepto si lo exige la ley.

Esta exclusión no se aplica en los siguientes casos:

- 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” y “Atención médica a domicilio” en la sección “Beneficios Cubiertos” 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, o los servicios proporcionados en un centro de atención médica, incluidos los servicios de Salud Mental y de Tratamiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias (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 Consumo de Sustancias” en la sección “Beneficios Cubiertos” de la *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 Cubiertos”, o si lo exige la ley.

Suplementos nutricionales o alimenticios
Este plan no cubre suplementos nutricionales ni alimenticios, excepto según se describe en los títulos “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” o “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios Cubiertos”, o 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 Cubiertos” de la *EOC*, o si lo exige la ley.

Servicios Experimentales o 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 están en fase de prueba mediante estudios de laboratorio o en animales antes de que se prueben en humanos. Los Servicios Experimentales no están en la fase de investigación clínica.

Los “Servicios en Fase de Investigación” son 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 no se completaron.
- La eficacia y la seguridad de dichos servicios en seres humanos todavía no se ha establecido.
- El uso del servicio todavía es limitado.

Para determinar si un Servicio es Experimental o de Investigación se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:

- regulaciones federales apropiadas, como las del Título 42, Capítulo 4 (Administración financiera de la atención médica) y el Título 21, Capítulo 1 (Administración de alimentos y medicamentos) del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations);
- consultas con organizaciones de proveedores, especialistas profesionales y académicos que son pertinentes para el servicio específico;
- publicaciones médicas actuales.

Sin embargo, si el plan de salud niega o retrasa la cobertura para el servicio solicitado con base en que es un Servicio Experimental o de Investigación y usted cumple con todos los requisitos que se indican a continuación, el plan de salud debe proporcionar una revisión externa independiente.

Requisitos

- Debe tener una enfermedad gravemente debilitante o potencialmente mortal.
- Su Proveedor de Atención Médica debe certificar que usted tiene una enfermedad gravemente debilitante o potencialmente mortal, y que los tratamientos convencionales no han sido efectivos para mejorarla, o son médicamente inadecuados por otro motivo, o el plan de salud no cubre otro tratamiento convencional que sea más beneficioso.
- Cualquiera de las siguientes opciones: (a) su Proveedor de Atención Médica, que tiene un contrato con el plan de salud o es un empleado de este, le recomendó un medicamento, dispositivo, procedimiento u otro tratamiento y certificó por escrito que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro tratamiento convencional disponible, o (b) usted o su Proveedor de Atención Médica, que cuenta con licencia y certificación de la asociación médica o reúne los requisitos de esta asociación y está calificado en el ejercicio de la medicina que trata este tipo de enfermedad, solicitó un tratamiento que, de acuerdo con dos documentos de evidencia médica y científica, probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro tratamiento convencional disponible.
- El plan de salud le negó la cobertura del servicio solicitado o recomendado.
- Determinar si el servicio solicitado o recomendado es un Servicio Experimental o de Investigación que estará cubierto no es responsabilidad del plan de salud.

Proceso de revisión independiente y externa

Si el plan de salud le niega la cobertura del tratamiento solicitado o recomendado y usted cumple con todos los requisitos, el plan de salud le notificará su decisión dentro de los cinco días hábiles y también le informará que tiene la opción de solicitar una revisión externa de dicha decisión. Si su Proveedor de Atención Primaria determina que el servicio propuesto sería significativamente menos efectivo si no se iniciara de inmediato, es posible que usted pueda solicitar una revisión acelerada, y los expertos del panel de revisión externa le informarán su decisión dentro de los siete días a partir de su solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el plan de salud cubra el servicio solicitado o recomendado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones que generalmente se aplican a otros beneficios a los que 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 ciertos casos, usted no tiene que participar en el proceso de quejas formales o apelaciones de su plan de salud antes de solicitar una IMR de las denegaciones de Servicios Experimentales o 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 Cubiertos", o si lo exige la ley.

Proveedores que no tienen licencia o certificación
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 Cubiertos", o si lo exige la ley.

Esta exclusión tampoco se aplica al tratamiento Médicamente Necesario para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias que ofrece, presta, o dirige un Proveedor de Atención Médica que actúa dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación del proveedor según la ley estatal aplicable.

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/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 Cubiertos", 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 para mejorar la apariencia en vez de la funcionalidad.
- Cuando se recetan exclusivamente para tratar la pérdida del cabello, la disfunción sexual, el desempeño atlético y mental, con fines estéticos o para prevenir el envejecimiento. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos para el desempeño mental cuando son Médicamente Necesarios para tratar enfermedades o condiciones mentales diagnosticadas que afectan la memoria, incluido, entre otros, el tratamiento de las condiciones o síntomas de la demencia o la enfermedad de Alzheimer.
- 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 a la recepción de este.
- 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, fuerza 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 Médicamente Necesario de complicaciones médicas como se describe en la sección “Beneficios Cubiertos”, o si lo exige 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 Habilitación” en la sección “Beneficios Cubiertos”, 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, música o lectura.

Traslado y alojamiento
Este plan no cubre transporte, millaje, alojamiento, comidas u otros gastos de viaje del Miembro, excepto por el transporte en ambulancia certificado o el transporte médico que no es de emergencia, según se describe en la *EOC* en el título “Servicios de Ambulancia y de Transporte Médico que No Es de Emergencia (‘NEMT’)” en la sección “Beneficios Cubiertos”, según se describe en el título “Viajes y Alojamiento para Determinados Servicios” en la sección “Cómo Obtener Beneficios Cubiertos”, o si lo exige la ley.

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 Cubiertos”, 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 Cubiertos”, o si lo exige la ley.

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 Beneficios Cubiertos, deberá reembolsarnos hasta el monto máximo permitido según la Sección 3040 del Código Civil de California. 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.

Consulte la *EOC* para obtener más información y conocer las otras reducciones (por ejemplo, Acuerdos de Reproducción Asistida 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 servicios a través de un Plan de Salud por una causa justificada.

Avisos Varios

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores Fuera del Plan

Nuevos Miembros
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 Beneficios Cubiertos en algunos de los casos que se indican en la sección "Elegibilidad" de parte de un Hospital o un Médico del Plan (o de ciertos otros proveedores) y finaliza nuestro contrato con este proveedor (por otros motivos que no sean causa disciplinaria médica o actividad delictiva), es posible que pueda recibir una cobertura limitada para los servicios prestados por ese proveedor cancelado.

Elegibilidad
Los siguientes casos están sujetos a esta disposición de cumplimiento de los 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 que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia de la membresía, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el 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 tras consultarle al Miembro y al Proveedor Fuera del Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves para las cuales una de las siguientes afirmaciones es verdadera:
  - ♦ persisten y nunca se curan totalmente;
  - ♦ empeoran con el tiempo;
  - ♦ requieren de tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren.
- Embarazo y atención inmediata posparto. Es posible que cubramos estos servicios durante el embarazo y la atención inmediata posparto.
- Condiciones de salud mental que puedan influir en las personas embarazadas que sean Miembro, o que se presenten durante el embarazo o el periodo de posparto incluida, entre otras, la depresión posparto. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos servicios hasta 12 meses desde la fecha en que se emitió el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, la fecha 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 el cumplimiento de estos servicios durante la enfermedad.
- Atención de niños menores de 3 años. Podemos cubrir el cumplimiento de estos servicios hasta que se cumpla la primera de las siguientes condiciones: (1) 12 meses desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del niño, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño.
- 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 finalizar 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 actual.
- 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 Beneficios 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 Beneficios Cubiertos conforme a la *EOC* si los brindase un Proveedor del Plan.
- Debe solicitar la finalización de los servicios de acuerdo con la política de “Finalización de los Servicios Cubiertos” que se encuentra en **kp.org/espanol**.

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 solicitar los servicios o una copia de nuestra política de "Finalización de los Servicios Cubiertos", llame a Servicio a los Miembros.**

Lista de medicamentos disponibles

La lista de medicamentos disponibles incluye los Medicamentos Recetados 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 Recetados 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 según la nueva información o cuando haya nuevos Medicamentos Recetados disponibles. Para saber qué Medicamentos Recetados se encuentran en la lista de medicamentos disponibles de su plan, visite nuestro sitio web **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 Recetado 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 fuesen Médicamente 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* para saber si tiene cobertura de Medicamentos Recetados.

Derechos y Responsabilidades de los Miembros

Como Miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su plan de salud, los servicios que su plan de salud le ofrece y los Proveedores de Atención Médica disponibles para atenderle.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan de salud.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y si el plan de salud puede imponer ciertas limitaciones a esos servicios.
- Conocer los costos de su atención y si se ha alcanzado su deducible o el gasto máximo de bolsillo.
- Elegir un Proveedor de Atención Médica dentro de la red de su plan de salud y cambiar a otro médico de la red de su plan si no está satisfecho.
- Recibir atención médica de manera oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita oportuna con un Proveedor de Atención Médica dentro de la red de su plan de salud, incluida una cita con un especialista.
- Tener una cita con un Proveedor de Atención Médica fuera de la red de su plan de salud cuando su plan no pueda proporcionar acceso oportuno a la atención con un Proveedor dentro de la red.
- Ciertas adaptaciones por su discapacidad, que incluyen las siguientes:
  - ♦ Acceso equitativo a los servicios médicos, lo que incluye salas de examen y equipos médicos accesibles en el consultorio o instalación de un Proveedor de Atención Médica.
  - ♦ Acceso completo y equitativo, como el de otros miembros del público, a las instalaciones médicas.
  - ♦ tiempo adicional en las consultas, si lo necesita;
  - ♦ llevar animales de servicio a las salas de examen con usted.

- Adquirir un seguro de salud o determinar la elegibilidad para Medi-Cal a través del Mercado de Beneficios de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés, y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, que incluye, entre otros:
  - ♦ Atención médica inclusiva para personas trans, que incluye todos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales.
  - ♦ Que lo llamen por su nombre y pronombre de preferencia.
- Recibir de su Proveedor de Atención Médica, si se le solicita, toda la información adecuada sobre su problema de salud o condición médica, plan de tratamiento y cualquier tratamiento alternativo propuesto que sea apropiado o Médicamente Necesario. Esta información incluye los resultados esperados disponibles, independientemente del costo o la cobertura de beneficios, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir el tratamiento.
- Participar con sus Proveedores de Atención Médica en la toma de decisiones sobre su atención médica, lo que incluye brindar su consentimiento informado al recibir tratamiento. En la medida que lo permita la ley, también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Tener una conversación sobre las opciones de tratamiento apropiadas o Médicamente Necesarias para su condición, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Recibir cobertura de atención médica incluso si tiene una condición preexistente.
- Recibir tratamiento Médicamente Necesario para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventiva, muchos de los cuales no incluyen copago, coseguro ni deducible.
- No tener límites anuales ni de por vida en los servicios de atención médica básicos.
- Mantener a los dependientes elegibles en su plan de salud. Consulte a su Grupo si los Dependientes son elegibles para inscribirse conforme a su plan.
- Tener protección contra la facturación del saldo ilegal por parte de un Proveedor de Atención Médica.
- Solicitar a su plan de salud una segunda opinión de un Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado.
- Esperar que su plan de salud mantenga su información médica personal privada y cumpla con las políticas de privacidad y las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los Proveedores de Atención Médica información sobre quién ha recibido su información médica personal.
- Solicitar a su plan de salud o a su médico que se comuniquen con usted únicamente de ciertas maneras o en ciertos lugares.
- Contar con la protección de su información médica relacionada con servicios sensibles.
- Obtener una copia de sus registros y agregar sus propias notas. Puede solicitar a su médico o a su plan de salud que modifiquen la información sobre usted en sus registros médicos si no es correcta o está incompleta. Su médico o plan de salud puede negar su solicitud. Si esto ocurre, puede agregar una declaración a su expediente explicando la información.
- Tener un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete proporcionado sin costo para usted.
- Recibir materiales escritos en su idioma de preferencia cuando la ley lo exija.
- Recibir la información de salud en un formato utilizable si es ciego, sordo o tiene visión disminuida.
- Solicitar continuidad de la atención si su Proveedor de Atención Médica o grupo médico abandona su plan de salud o si usted es un nuevo miembro del plan de salud.
- Tener Instrucciones Anticipadas sobre la Atención Médica.
- Estar completamente informado sobre el procedimiento de quejas de su plan de salud y comprender cómo utilizarlo sin temor a que se interrumpa su atención médica.

- Presentar una queja, queja formal o apelación en su idioma de preferencia sobre:
  - ♦ su plan de salud o Proveedor de Atención Médica;
  - ♦ cualquier atención que reciba, o acceso a la atención que busque;
  - ♦ cualquier decisión sobre un servicio cubierto o beneficio que tome su plan de salud;
  - ♦ cualquier cargo o factura indebidos por la atención que reciba;
  - ♦ cualquier alegación de discriminación por identidad o expresión de género, o por denegaciones, demoras o modificaciones indebidas de la Atención Médica Inclusiva para Personas Trans, incluidos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales;
  - ♦ incumplimiento de sus necesidades con el idioma.
- Saber por qué su plan de salud rechaza un servicio o tratamiento.
- Contactar al Departamento de Atención Médica Administrada si tiene dificultades para acceder a los servicios de salud o tiene preguntas sobre su plan de salud.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su plan de salud rechazó, modificó o demoró un servicio de atención médica.

Como miembro, usted es responsable de lo siguiente:

- Tratar a todos los Proveedores de Atención Médica, al personal de los Proveedores de Atención Médica y al personal del plan de salud con respeto y dignidad.
- Compartir la información necesaria con su plan de salud y Proveedores de Atención Médica, en la medida de lo posible, para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados con sus Proveedores de Atención Médica y seguir los planes e instrucciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, mantener todas las citas programadas y llamar a su Proveedor de Atención Médica para avisar que puede llegar tarde o necesita cancelar la cita.
- Evitar presentar reclamos o información falsa, fraudulenta o engañosa a su plan de salud o a los Proveedores de Atención Médica.
- Notificar a su plan de salud si hay algún cambio en su nombre, dirección o en los miembros de su familia cubiertos por su plan de salud.
- Pagar de manera oportuna todas las primas, copagos y cargos por servicios no cubiertos.
- Notificar a su plan de salud lo antes posible si se le está facturando de forma incorrecta.

Normas de privacidad

Kaiser Permanente resguarda la privacidad de la información médica protegida de sus Miembros 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 también 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 desea solicitar comunicaciones confidenciales, complete el formulario correspondiente disponible en **kp.org/espanol** bajo “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, como a agencias gubernamentales.
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), salvo según se describe en el *Aviso sobre Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices.)* (consulte más adelante). 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

Tiene derecho a recibir servicios de preservación de la fertilidad convencionales para la infertilidad iatrogénica cuando cumpla con los requisitos de la Sección 1300.74.551 del Título 28 del Código de Regulaciones de California. "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 dentro de los 10 días hábiles para atención primaria y dentro de los 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 se necesita autorización previa).

Si Kaiser Permanente 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 gestionarle esos servicios dentro de los plazos y 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 de preservación de fertilidad estándar para la infertilidad iatrogénica o tiene dificultades para obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud 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 la Salud de California, al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California a través de su sitio web en www.DMHC.ca.gov para solicitar ayuda paraa fin de obtener servicios de preservación de la fertilidad estándar para la infertilidad iatrogénica.

Definiciones

Periodo de Acumulación: Un período 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*.

Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica: Un documento legal que informa a su médico, familia y amigos sobre la atención médica que desea recibir si ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Explica los tipos de tratamiento especial que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el Plan o con la Oficina del Fiscal General de California.

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).

Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado: Un Proveedor de Atención Médica que actúa en su ámbito de práctica profesional y que tiene trayectoria clínica, incluidas capacitación y experiencia, relacionada con la enfermedad, afección o condición particular respecto a la que se solicita una segunda opinión.

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 federales para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).
  - La Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality).
  - Los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services).

- ♦ Un grupo o centro colaborador de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros federales para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia de Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid, o del Departamento de Defensa (Department of Defense) o del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs) de los Estados Unidos.
- ♦ Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada 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, y el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos determina que es compatible con el sistema de revisión entre pares de los Institutos Nacionales de Salud y garantiza 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 investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- 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 investigación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

Acuerdo de Reproducción Asistida: Un acuerdo por escrito según la Sección 7962 del Código Familiar de California entre un tercero y una persona (Progenitor Comitente) que pretende ser el padre o la madre legal de un niño nacido mediante reproducción asistida. En el acuerdo se definen los términos de la relación entre las partes. A los efectos de esta EOC, “Acuerdo de Reproducción Asistida” incluye, entre otros, los acuerdos de donación, los acuerdos de maternidad subrogada y los acuerdos de Portadora Gestacional.

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 las secciones 4999.200-4999.202 del Código de Negocios y Profesiones de California (California Business and Professions 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 cápita;
- 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 la Atención y los Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de conformidad 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*, 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*, 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 Beneficios 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 Médicamente Necesarios que tiene derecho a recibir según el acuerdo del grupo y que se describen en esta *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 determinados elementos cubiertos en el título “Servicios de Farmacia para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios Cubiertos” en la *EOC* antes de que le brindemos cobertura por esos servicios con el Copago o el Coseguro aplicables en ese Periodo de Acumulación. Consulte en la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* 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: Uno o ambos de los siguientes:

- Prueba de detección, examen o evaluación por un médico o cirujano o, en la medida que lo permite la ley correspondiente, por otras personas con licencia bajo la supervisión de un médico o cirujano, para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia o un trabajo de parto activo y, si este fuera el caso, la atención, el tratamiento y la cirugía, si están dentro del alcance de la licencia de esa persona, si son 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 un médico, u otra persona en la medida que lo permita la ley correspondiente y dentro del alcance de su licencia 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. La cobertura de atención médica que se resume en este *Formulario de Divulgación* 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 de Kaiser Permanente 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 y 95391.
- Condado de Amador: 95640 y 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 y 94850.
- Condado de El Dorado: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 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 y 93888.
- Condado de Kings: 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656.
- Condado de Madera: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669 y 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 y 94976-79.
- Condado de Mariposa: 93601, 93623 y 93653.
- Condado de Napa (todo el condado): 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599 y 95476.
- Condado de Placer: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 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 y 95899.
- Condado de San Francisco (todo el condado): 94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177 y 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 y 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 y 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 y 95196.
- Condado de Santa Cruz (todo el condado): 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073 y 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 y 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 y 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 y 95397.
- Condado de Sutter: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692 y 95836-7.
- Condado de Tulare: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.
- Condado de Yolo: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.
- Condado de Yuba: 95692, 95903 y 95961.

Área de Servicio de la Región Sur de California

Para los Miembros de Kaiser Permanente 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 y 93581.
- Condado de Los Ángeles: 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 y 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 y 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 y 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 y 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 y 92195-99.
- Condado de Tulare: 93238 y 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 y 93252.

Para cada código postal mencionado 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 estará incluida en su Área de Servicio, salvo que ese otro condado también esté incluido y el código postal también esté mencionado para ese otro condado.

Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR): Una revisión de la negación, modificación o demora de su solicitud de servicios o tratamientos de atención médica por parte de su plan de salud. El Departamento de Atención Administrada de la Salud realiza la revisión y la llevan a cabo expertos médicos independientes. Si es elegible para una IMR, proceso de IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por su plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación y las disputas sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. Su plan de salud debe pagar por el servicio si una IMR considera que lo necesita.

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 no se completaron.

- La eficacia y la seguridad de dichos servicios en seres humanos todavía no se ha establecido.
- El uso del servicio todavía es limitado.

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.

Médicamente 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 las normas generalmente aceptadas, incluidas las normas de atención de Trastornos 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 del feto) como consecuencia de una enfermedad, una lesión o una complicación imprevistas de una condición existente (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 por nacer) 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 la Parte Uno del Formulario de Divulgación*, 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 la *Parte Uno del Formulario de Divulgación*. 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 que se identifique específicamente en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web **kp.org/ubicaciones** como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. 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 que se identifique específicamente en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web **kp.org/ubicaciones** como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. 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 que se identifique específicamente en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web **kp.org/ubicaciones** como propiedad de Kaiser Permanente o como Afiliado de Kaiser Permanente para su Área de Servicio. 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 Beneficios Cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte la *Parte Uno del Formulario de Divulgación* 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: Cualquier farmacia que se identifique específicamente en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web **kp.org/ubicaciones** como propiedad de Kaiser Permanente o como Farmacia Afiliada de Kaiser Permanente. 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 Médicamente 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 Cubiertos” 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 (Food and Drug Administration, 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 inyectables que son autoadministrados y no se venden como jeringas precargadas.
- Medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos en 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, 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*.

Directorio de Proveedores: Un directorio de médicos, profesionales de la salud certificados y centros de atención en su Área de Servicio. Este directorio está disponible en el sitio web **kp.org/ubicaciones**. Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos y los Centros de Atención del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

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 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Nevada, 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**).

Gravemente Debilitante: Enfermedades o afecciones que provocan morbilidad irreversible.

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

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 feto), “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.

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

Atención de Salud Inclusiva para Personas Trans: Atención médica integral que sea consistente con los estándares de atención para personas que se identifican como transgénero, con diversidad de género o intersexuales; que respete la autonomía corporal personal de cada persona; que no haga suposiciones sobre el género de una persona; que acepte la fluidez de género y las expresiones de género no tradicionales; y que trate a todos con compasión, comprensión y respeto.

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. Timely 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 الفورية 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 أيضًا طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء (Member Services) 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: Ժամանակին տրամադրվող 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 (Member Services): 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。我们可及时提供免费语言协助。您可以要求获取口译服务，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 (Member Services) 以获取帮助。重要节假日期间会员服务不开放。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括D-SNP：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周7天，上午8点至晚上8点
- 加州医疗保健辅助计划：**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 بموقع 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 (Member Services) 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। समय पर दी जाने वाली भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंगुवेज 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 (Member Services) 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 ncav sij hawm 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 ntawm peb Lub Chaw Pab Tswv Cuab (Member Services). Lub chaw pab tswv cuab kaw rau cov hnub 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 hnub hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij

Japanese: ご注意。必要に応じた言語サポートを、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 (Member Services) は主要な休日では営業しておりません。

- 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។ ជំនួយភាសាទាន់ពេលវេលាគឺមានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្ទាប សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម និងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក (Member Services) របស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ 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. 시기적절한 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 (Member Services) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

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

Laotian: ໂປດຊາບ. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຢ່າງທັນເວລາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ, ລວມທັງນາຍພາສາມື. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແປເອກະສານນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ສຽງ, ຫຼື ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ນອກຈາກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ ແລະ ອຸປະກອນການຊ່ວຍເຫຼືອໃນສະຖານທີ່ຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກບໍລິການສະມາຊິກ (Member Services) ຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນປິດໃນວັນພັກທີ່ສຳຄັນຕ່າງໆ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- 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 jiepv sih liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx hingh mv zuqc heuc meih ndorqv nyaanh cingv oc. Meih corc 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 horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hluo, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn Ziux Goux Baengc Mienh Nyei Dorngx (Member Services) 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'nyeic 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: YÁ'ÁDÍÍŁTĮĮH. T'áá Áko T'áá Ałtso K'ad Díí T'áá Bíní'dée'go Bizaad Bee Na'anish Bééhózin, Doo Béeso Bee Na'al'a' Da. Tł'éé'góó tł'ízí'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaaígíí, t'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí. T'á'ii éí tł'éé'góó tł'ízí'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'éé' bik'eh dah na'ałkaígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'ałkaígíí bikáa' dah na'ałkaígíí t'áá ałtso bik'eh dah deidiyós. Nihí Diné Bináhásdzą́ Baa Anáál'įį'ígíí Na'anish (Member Services) Bá Haz'ą́ Bii' Bee Áká Shich'į' Hodiilnih. Dinéełchí Na'anish Bá Haz'ą́ Éí 'Ayóó'át'éego Niheezhch'įįhgo Yáá'ah Nits'ááh Daaztsáál.

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

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੁਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ 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 ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁਟੀਆਂ 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 и своевременные 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 (Member Services) 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 oportuna 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 (Member Services) para pedir ayuda. 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 otros: **1-800-788-0616** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: PAUNAWA. May magagamit na mabilis 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 (Member Services) 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 lingo

Thai: ส่งถึง มีบริการให้ความช่วยเหลือด้านภาษาแก่ท่านแบบทันทีโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสาร เป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก (Member Services) ของเราเพื่อขอความช่วยเหลือได้ 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! Своєчасні 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 (Member Services). 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 kịp thời, 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 (Member Services) 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