



**Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Región del Norte de California**

Una corporación sin fines de lucro

**EOC N.º 1: Kaiser Permanente Traditional HMO Plan
Evidencia de Cobertura para
CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA**

Identificación del Grupo: 35684 Contrato: 1 Versión: 103 Número de EOC: 1 Fecha de Emisión: 21 de octubre de 2024

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Servicio a los Miembros
Disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)
1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)
kp.org/espanol

ÍNDICE DE LA EOC N.º 1

Resumen del Costo Compartido.....	1
Periodo de Acumulación.....	1
Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo.....	1
Tablas de Resumen del Costo Compartido por Beneficio.....	1
Plan CARE.....	20
Introducción.....	21
Sobre Kaiser Permanente.....	21
Vigencia de esta EOC.....	21
Definiciones.....	22
Primas, Elegibilidad e Inscripción.....	28
Primas.....	28
Quién es Elegible.....	28
Cómo Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura.....	31
Cómo Obtener Servicios.....	33
Atención de Rutina.....	33
Atención de Urgencia.....	33
¿No Está Seguro del Tipo de Atención que Necesita?.....	33
Su Médico Personal del Plan.....	34
Cómo Obtener una Referencia.....	34
Traslado y Alojamiento para Determinados Servicios.....	37
Segundas Opiniones.....	37
Contratos con Proveedores del Plan.....	37
Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base.....	38
Su Tarjeta de Identificación.....	38
Acceso Oportuno a la Atención.....	38
Cómo Obtener Ayuda.....	39
Centros de Atención del Plan.....	40
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia.....	41
Servicios de Emergencia.....	41
Atención de Urgencia.....	42
Pagos y Reembolsos.....	43
Beneficios.....	43
Su Costo Compartido.....	44
Medicamentos y Productos Administrados.....	47
Servicios de Ambulancia.....	47
Cirugía Bariátrica.....	48
Servicios Dentales y de Ortodoncia.....	48
Atención para Diálisis.....	49
Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar.....	50
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia.....	51
Servicios de Fertilidad.....	51
Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica.....	52
Educación para la Salud.....	52
Servicios para la Audición.....	52
Atención Médica a Domicilio.....	53
Cuidados Paliativos.....	54

Servicios para Pacientes Hospitalizados	54
Lesiones de los Dientes.....	55
Servicios de Salud Mental.....	55
Visitas al Consultorio.....	57
Suministros para Ostomía y Urología.....	57
Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios	57
Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios.....	58
Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios	62
Servicios Preventivos.....	62
Dispositivos Protésicos y Ortésicos	63
Cirugía Reconstructiva.....	64
Servicios de Rehabilitación y Habilitación	64
Servicios de Salud Reproductiva	65
Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico.....	66
Atención en un Centro de Enfermería Especializada.....	66
Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias	67
Consultas de Telesalud	68
Servicios de Trasplante	68
Servicios para la Vista para Miembros Adultos.....	69
Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos.....	70
Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones.....	71
Exclusiones	71
Limitaciones.....	74
Coordinación de Beneficios	74
Reducciones	75
Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio.....	76
Quién Puede Presentar un Reclamo.....	77
Documentos de Respaldo.....	77
Reclamos Iniciales.....	78
Apelaciones.....	79
Revisión Externa	79
Revisión Adicional	80
Resolución de Disputas	80
Quejas Formales.....	80
Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados No Incluidos en la Lista de Medicamentos Cubiertos.....	83
Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada	83
Revisión Médica Independiente (IMR).....	83
Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles	85
Revisión Adicional	85
Arbitraje Vinculante	85
Cancelación de la Membresía	87
Cancelación Debido a la Pérdida de Elegibilidad.....	87
Cancelación del <i>Acuerdo</i>	87
Cancelación con Causa	87
Cancelación de un Producto o de todos los Productos.....	88
Pagos después de la Cancelación.....	88
Revisión Estatal de la Cancelación de la Membresía.....	88

Continuidad de la Membresía	88
Continuidad de la Cobertura de Grupo	88
Continuidad de la Cobertura con un Plan Individual	91
Disposiciones Diversas.....	91
Administración del <i>Acuerdo</i>	91
Instrucciones Anticipadas	91
Enmiendas al <i>Acuerdo</i>	92
Solicitudes y Declaraciones	92
Cesión.....	92
Honorarios y Gastos de Defensores y Abogados.....	92
Facultad para la Revisión de Reclamos.....	92
<i>EOC</i> Vinculante para los Miembros	92
Avisos sobre ERISA	92
Leyes Vigentes.....	93
El Grupo y los Miembros No Son Nuestros Agentes.....	93
Renuncia a los Derechos	93
Avisos Sobre Su Cobertura	93
Recuperación de Pagos en Exceso.....	93
Prácticas de Privacidad	93
Participación en la Política Pública.....	94
Información Útil.....	94
Cómo Obtener esta <i>EOC</i> en Otros Formatos	94
Directorio de Proveedores.....	94
Recursos en Línea para una Vida Sana	94
Preferencias de Envío de Documentos.....	94
Cómo Comunicarse con Nosotros	94
Responsabilidad de Pago	96

Resumen del Costo Compartido

Este “Resumen del Costo Compartido” es parte de su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* y tiene por objeto explicar el monto que pagará por los Servicios cubiertos según este plan. No brinda una descripción completa de sus beneficios. Para obtener una descripción completa de los beneficios, incluidas las limitaciones y exclusiones, lea toda esta *EOC* y sus enmiendas detenidamente.

Periodo de Acumulación

El Periodo de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo

Para los Servicios válidos para calcular el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan (Plan Out-of-Pocket Maximum, OOPM), no pagará ningún otro Costo Compartido durante el resto del Periodo de Acumulación una vez que haya alcanzado los montos que se muestran a continuación.

Si su plan de Grupo cambia durante un Periodo de Acumulación, sus deducibles y gastos máximos de bolsillo pueden aumentar o disminuir. Esto podría cambiar el monto total que usted debe acumular para alcanzar los deducibles y gastos máximos de bolsillo durante dicho Periodo de Acumulación.

Montos por Periodo de Acumulación	Cobertura Individual (Familia de un solo Miembro)	Cobertura Familiar Cada Miembro de una Familia de dos o más personas	Cobertura Familiar Familia completa de dos o más personas
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Deducible de Medicamentos	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto Máximo de Bolsillo del Plan (OOPM)	\$1,500	\$1,500	\$3,000

Tablas de Resumen del Costo Compartido por Beneficio

Cómo interpretar las tablas de Resumen del Costo Compartido

Cada una de las siguientes tablas describe el Costo Compartido de una categoría de beneficios. En la primera columna de cada tabla, se describen los Servicios específicos asociados con el beneficio. Para obtener una descripción detallada de la cobertura de un beneficio en particular, consulte el mismo apartado del beneficio en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.

- **Copago y Coseguro.** En esta columna, se describe el Costo Compartido que pagará por los Servicios después de alcanzar el Deducible del Plan o el Deducible de Medicamentos, cuando corresponda. (Consulte la sección anterior “Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo” para determinar si su plan incluye deducibles). Si los Servicios no están cubiertos en su plan, en esta columna aparecerá “Sin cobertura”. Si proporcionamos una Asignación que se puede usar para cubrir el costo de los Servicios, se incluirá en esta columna.
- **Sujeto al Deducible.** En esta columna, se indica si el Costo Compartido que paga por los Servicios está sujeto a un Deducible del Plan o Deducible de Medicamentos. Si los Servicios están sujetos a un deducible, usted pagará los Cargos de esos Servicios hasta que alcance su deducible. Si los Servicios están sujetos a un deducible, aparecerá un “✓” o una “D” en la columna, según el deducible que se aplique (“✓” para el Deducible del Plan y “D” para el Deducible de Medicamentos). Si los Servicios no se aplican a un deducible o si su plan no incluye un deducible, esta columna aparecerá en blanco. Para obtener una explicación más detallada de los deducibles, consulte “Deducible del Plan” y “Deducible de Medicamentos” en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.
- **Válido para el OOPM.** En esta columna, se indica si el Costo Compartido que usted paga por los Servicios cuenta para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo (OOPM) del Plan después de que haya alcanzado cualquier deducible aplicable. Si los Servicios cuentan para alcanzar el OOPM del Plan, aparecerá un “✓” en esta columna. Si los Servicios no cuentan para alcanzar el OOPM del Plan, esta columna aparecerá en blanco. Para obtener una explicación más detallada del OOPM del Plan, consulte “Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.

Medicamentos y productos administrados

Descripción de los Medicamentos, Productos y Servicios Administrados	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas	Sin cargo		✓
Antígenos de alergias (incluida la administración)	\$3 por visita		✓
Medicamentos y complementos para quimioterapia	Sin cargo		✓
Medicamentos y productos administrados por terapia o inyección intravenosa que no sean para quimioterapia, incluidos los productos del factor sanguíneo y productos biológicos derivados del tejido, las células o la sangre	Sin cargo		✓
Todos los demás medicamentos y productos administrados	Sin cargo		✓
Medicamentos y productos administrados durante una visita a domicilio	Sin cargo		✓

Servicios de Ambulancia

Descripción de los Servicios de Ambulancia	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Servicios de ambulancia de emergencia	Sin cargo		✓
Servicios que no son de emergencia de ambulancia y de traslado psiquiátrico en camioneta	Sin cargo		✓

Atención para diálisis

Descripción de los Servicios de Atención para Diálisis	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Equipo y suministros para hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar	Sin cargo		✓
Una visita de rutina para pacientes ambulatorios al mes con el equipo interdisciplinario de nefrología para una consulta, un examen o un tratamiento	Sin cargo		✓
Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un Centro de Atención del Plan	\$20 por visita		✓

Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar

Descripción de los Servicios de DME	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Monitores de glucosa en la sangre para hacer análisis de sangre de diabetes y sus suministros	Sin cargo		✓
Medidores de flujo máximo	Sin cargo		✓
Bombas de insulina y suministros para operarlas	Sin cargo		✓
Otros Artículos Básicos de DME según se describe en esta EOC	Sin cargo		✓
Artículos adicionales de DME según se describe en esta EOC	Sin cargo		
Extractores de leche regulares	Sin cargo		✓
Extractores de leche de hospital	Sin cargo		✓

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Descripción de los Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas al Departamento de Emergencias	\$50 por visita		✓
Visitas de Atención de Urgencia	\$20 por visita		✓

Nota: El Costo Compartido para visitas al Departamento de Emergencias que se mencionó antes no se aplica si se le admite como paciente hospitalizado desde el departamento. En su lugar, los Servicios que reciba en el Departamento de Emergencias, incluida cualquier hospitalización para observación, cuando corresponda, se considerarán parte de su hospitalización. Para conocer el Costo Compartido de los Servicios para pacientes hospitalizados, consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" en la sección "Resumen del Costo Compartido". El Costo Compartido para el Departamento de Emergencias sí se aplica cuando le admiten para observación, pero no como paciente hospitalizado.

Servicios de Fertilidad

Diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad

Descripción del Diagnóstico y Tratamiento de los Servicios de Infertilidad	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas al consultorio	\$20 por visita		

Descripción del Diagnóstico y Tratamiento de los Servicios de Infertilidad	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos los Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas) cuando se brindan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro del personal certificado vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar	\$20 por procedimiento		
Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro del personal certificado vigile sus signos vitales según se describe arriba	\$20 por procedimiento		
Imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios	Sin cargo		
Pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Sin cargo		
Medicamentos administrados a pacientes ambulatorios	Sin cargo		
Servicios para pacientes hospitalizados (incluye habitación y comidas, medicamentos, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de Médicos del Plan)	Sin cargo		

Inseminación artificial

Descripción de los Servicios de Inseminación Artificial	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas al consultorio	\$20 por visita		
Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos los Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas) cuando se brindan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro del personal certificado vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar	\$20 por procedimiento		
Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro del personal certificado vigile sus signos vitales según se describe arriba	\$20 por procedimiento		
Imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios	Sin cargo		

Descripción de los Servicios de Inseminación Artificial	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Sin cargo		
Medicamentos administrados a pacientes ambulatorios	Sin cargo		
Servicios para pacientes hospitalizados (incluye habitación y comidas, medicamentos, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de Médicos del Plan)	Sin cargo		

Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART)

Descripción de los Servicios de ART	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Servicios de tecnología de reproducción asistida (Assisted Reproductive Technology, ART), como la fertilización in vitro (In Vitro Fertilization, IVF), la transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intra-Fallopian Transfer, GIFT) o la transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intra-Fallopian Transfer, ZIFT)	Sin cobertura		

Educación para la salud

Descripción de los Servicios de Educación para la Salud	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Programas de educación para la salud cubiertos, que pueden incluir programas que se ofrecen en línea y asesoramiento por teléfono	Sin cargo		✓
Asesoramiento individual durante una visita al consultorio relacionada con dejar de consumir tabaco	Sin cargo		✓
Asesoramiento individual durante una visita al consultorio para controlar la diabetes	Sin cargo		✓
Otro tipo de asesoramiento individual con cobertura cuando la visita al consultorio es solamente para recibir educación para la salud	Sin cargo		✓
Materiales cubiertos sobre educación para la salud	Sin cargo		✓

Servicios para la Audición

Descripción de los Servicios para la Audición	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva	\$20 por visita		✓
Visitas a Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar problemas de la audición	\$20 por visita		✓
Audífonos, incluidos la adaptación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección	Asignación de \$2,500 por oído cada 36 meses		

Atención médica a domicilio

Descripción de los Servicios de Atención Médica a Domicilio	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Servicios de atención médica a domicilio (100 visitas por Periodo de Acumulación)	Sin cargo		✓

Cuidados Paliativos

Descripción de los Servicios de Cuidados Paliativos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Servicios de Cuidados Paliativos	Sin cargo		✓

Servicios para pacientes hospitalizados

Descripción de los Servicios para Pacientes Hospitalizados	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Hospitalizaciones	Sin cargo		✓

Lesiones de los dientes

Descripción de los Servicios para Lesiones de los Dientes	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Lesión accidental de los dientes	Sin cobertura		

Servicios de salud mental

Descripción de los Servicios de Salud Mental	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Hospitalizaciones de salud mental	Sin cargo		✓
Evaluación y tratamiento individual de salud mental	\$20 por visita		✓
Tratamiento grupal de salud mental	\$10 por visita		✓
Hospitalización parcial	Sin cargo		✓
Otros programas de tratamiento psiquiátrico intensivo	Sin cargo		✓
Servicios en entorno residencial para tratamiento de salud mental	Sin cargo		✓
Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista	Sin cargo		✓
Terapia electroconvulsiva	\$20 por visita		✓
Estimulación magnética transcraneal	\$20 por visita		✓

Visitas al consultorio

Descripción de los Servicios de Visitas al Consultorio	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas de Atención Primaria y Visitas a Especialistas No Médicos que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	\$20 por visita		✓
Visitas a Especialistas Médicos que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	\$20 por visita		✓
Citas grupales que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	\$10 por visita		✓
Servicios de Acupuntura	\$20 por visita		✓

Suministros para ostomía y urología

Descripción de los Servicios para Ostomía y Urología	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Suministros para ostomía y urología según se describe en esta <i>EOC</i>	Sin cargo		✓

Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios

Descripción de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Imágenes diagnósticas complejas (que no sean preventivas), como tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancia magnética (IRM) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	Sin cargo		✓
Servicios de imágenes diagnósticas básicas, como radiografías, mamografías y ultrasonidos de diagnóstico y terapéuticos	Sin cargo		✓
Medicina nuclear	Sin cargo		✓
Pruebas fotográficas de rutina para la detección de trastornos de la retina	Sin cargo		✓
Análisis de laboratorio de rutina para vigilar la eficacia de la diálisis	Sin cargo		✓
Pruebas de COVID-19 de venta libre que se obtienen de Proveedores del Plan según se describe en esta <i>EOC</i> (hasta un total de 8 pruebas de Proveedores del Plan y Proveedores que No Pertenecen al plan por mes calendario)	Sin cargo		✓
Pruebas de COVID-19 de venta libre que se obtienen de Proveedores que No Pertenecen al Plan según se describe en esta <i>EOC</i> (hasta un total de 8 pruebas de Proveedores del Plan y Proveedores que No Pertenecen al Plan por mes calendario, hasta \$12 por prueba, incluidos cargos e impuestos, si obtiene la prueba de un Proveedor que No Pertenece al Plan)	Coseguro del 50 %		
Análisis de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 que se obtienen de Proveedores del Plan	Sin cargo		✓
Análisis de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 que se obtienen de Proveedores que No Pertenecen al Plan (excepto por proveedores de Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 %		

Descripción de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas las pruebas de trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoramiento genético)	Sin cargo		✓
Servicios de Diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos (como ECG y EEG)	Sin cargo		✓
Radioterapia	Sin cargo		✓
Tratamientos con rayos ultravioleta (incluye el equipo para la terapia con rayos ultravioleta según se describe en esta EOC)	Sin cargo		✓

Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Si la columna “Costo Compartido en una Farmacia del Plan” en esta sección tiene un Costo Compartido de un suministro de 30 días y la cantidad que le receta su Médico del Plan es mayor, podría obtener más de un suministro de 30 días al mismo tiempo hasta el límite de días de suministro para ese medicamento. Se aplicará el Costo Compartido que corresponda. Por ejemplo, deberá pagar dos copagos de 30 días cuando recoja una receta de 60 días; deberá pagar tres copagos cuando recoja una receta de 100 días en la farmacia.

La mayoría de los artículos

Descripción de la Mayoría de los Artículos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Artículos en el Nivel 1 que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	\$10 por un suministro de hasta 100 días	\$10 por un suministro de hasta 100 días		✓
Artículos en el Nivel 2 que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	\$30 por un suministro de hasta 100 días	\$30 por un suministro de hasta 100 días		✓
Artículos en el Nivel 4 que no se describen en otra parte del “Resumen del Costo Compartido”	Coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓

Medicamentos, suministros y suplementos básicos

Descripción de los Medicamentos, Suministros y Suplementos Básicos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Agentes hematopoyéticos para diálisis	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No disponible		✓

Descripción de los Medicamentos, Suministros y Suplementos Básicos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Fórmula para la alimentación por sonda, cuando se usa como terapia primaria para la enteritis local	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No disponible		✓
Todos los demás artículos en el Nivel 1, según se describe en esta EOC	\$10 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓
Todos los demás productos en el Nivel 2, según se describe en esta EOC	\$30 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓
Todos los demás productos en el Nivel 4, según se describe en esta EOC	Coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓

Medicamentos anticancerígenos y ciertos complementos esenciales después de un diagnóstico de cáncer

Descripción de los Medicamentos Anticancerígenos y Ciertos Complementos Esenciales	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Medicamentos anticancerígenos por vía oral en el Nivel 1	\$10 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos por vía oral en el Nivel 2	\$30 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos por vía oral en el Nivel 4	Coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓

Descripción de los Medicamentos Anticancerígenos y Ciertos Complementos Esenciales	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Medicamentos anticancerígenos que no sean por vía oral en el Nivel 1	\$10 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos que no sean por vía oral en el Nivel 2	\$30 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos que no sean por vía oral en el Nivel 4	Coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓

Medicamentos para infusión a domicilio

Descripción de los Medicamentos para Infusión a Domicilio	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Medicamentos para infusión a domicilio	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No disponible		✓
Suministros necesarios para la administración de medicamentos para infusión a domicilio	Sin cargo	Sin cargo		✓

Los medicamentos de infusión a domicilio son medicamentos, líquidos, aditivos y nutrientes autoadministrados por vía intravenosa que requieren tipos específicos de infusión parenteral, como infusiones intravenosas o intrarraquídeas.

Ciertos artículos que requiere el estado

Descripción de los Artículos que Requiere el Estado	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Productos de aminoácidos modificados que se usan para tratar anomalías congénitas del metabolismo de los aminoácidos (como la fenilcetonuria)	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No disponible		✓
Tratamientos terapéuticos para el COVID-19 obtenidos de un Proveedor del Plan	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓

Descripción de los Artículos que Requiere el Estado	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Tratamientos terapéuticos para el COVID-19 obtenidos de un Proveedor que No Pertenece al Plan (excepto por proveedores de Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 % por un suministro de hasta 30 días	No disponible		
Tiras reactivas para cetonas y tabletas o tiras reactivas para azúcar o cetonas para realizar análisis de orina para la diabetes	Sin cargo para un suministro de hasta 100 días	No disponible		✓
Dispositivos para la administración de insulina: plumas de administración, agujas y jeringas desechables y la ayuda visual necesaria para asegurarse de administrar la dosis correcta (excepto los artículos para la vista)	\$10 por un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local		✓

Para los medicamentos que están relacionados con el tratamiento de la diabetes (por ejemplo, la insulina) y para los dispositivos de administración continua de insulina que usan artículos desechables, como los parches o las cápsulas, consulte la tabla “La mayoría de los artículos” anterior. Para las bombas de insulina, consulte la tabla “Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar” anterior.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos

Descripción de los Medicamentos y Dispositivos Anticonceptivos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Los siguientes artículos anticonceptivos hormonales en el Nivel 1: <ul style="list-style-type: none"> • Anillos • Parches • Anticonceptivos orales 	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓
Los siguientes artículos anticonceptivos en el Nivel 1: <ul style="list-style-type: none"> • Espermicida • Esponjas • Gel anticonceptivo 	Sin cargo para un suministro de hasta 100 días	No disponible		✓

Descripción de los Medicamentos y Dispositivos Anticonceptivos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Los siguientes artículos anticonceptivos hormonales en el Nivel 2: <ul style="list-style-type: none"> • Anillos • Parches • Anticonceptivos orales 	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el artículo. Consulte en su farmacia local		✓
Los siguientes artículos anticonceptivos en el Nivel 2: <ul style="list-style-type: none"> • Espermicida • Esponjas • Gel anticonceptivo 	Sin cargo para un suministro de hasta 100 días	No disponible		✓
Anticonceptivos de emergencia	Sin cargo	No disponible		✓
Diafragmas, capuchones cervicales y un suministro de hasta 30 días de condones	Sin cargo	No disponible		✓

Ciertos artículos preventivos

Descripción de Ciertos Artículos Preventivos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Artículos de nuestra lista de Servicios Preventivos en nuestro sitio web, en kp.org/prevencion , cuando los receta un Proveedor del Plan	Sin cargo para un suministro de hasta 100 días	No disponible		✓

Medicamentos para la fertilidad y la disfunción sexual

Descripción de los Medicamentos para la Fertilidad y la Disfunción Sexual	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Medicamentos en el Nivel 1 recetados para tratar la Infertilidad o relacionados con Servicios de inseminación artificial cubiertos	Coseguro del 50 % para un suministro de hasta 100 días	Coseguro del 50 % para un suministro de hasta 100 días		
Medicamentos en el Nivel 2 y Nivel 4 recetados para tratar la Infertilidad o relacionados con Servicios de inseminación artificial cubiertos	Coseguro del 50 % para un suministro de hasta 100 días	Coseguro del 50 % para un suministro de hasta 100 días		

Descripción de los Medicamentos para la Fertilidad y la Disfunción Sexual	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Medicamentos en el Nivel 1 recetados en relación con los Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART) cubiertos	Sin cobertura	Sin cobertura		
Medicamentos en el Nivel 2 y Nivel 4 recetados en relación con los Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART) cubiertos	Sin cobertura	Sin cobertura		
Medicamentos en el Nivel 1 recetados para trastornos de disfunción sexual	Coseguro del 50 % (no debe ser mayor de \$50) para un suministro de hasta 100 días	Coseguro del 50 % (no debe ser mayor de \$50) para un suministro de hasta 100 días		✓
Medicamentos en el Nivel 2 y Nivel 4 recetados para trastornos de disfunción sexual	Coseguro del 50 % (no debe ser mayor de \$100) para un suministro de hasta 100 días	Coseguro del 50 % (no debe ser mayor de \$100) para un suministro de hasta 100 días		✓

Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios

Descripción de los Servicios de Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas) cuando se brindan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro del personal certificado vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar	\$20 por procedimiento		✓
Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro del personal certificado vigile sus signos vitales según se describe arriba	\$20 por procedimiento		✓

Servicios Preventivos

Descripción de los Servicios Preventivos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes de bienestar de la mujer, de seguimiento de posparto y los preventivos para Miembros de 2 años y mayores	Sin cargo		✓
Exámenes preventivos de bienestar infantil para Miembros hasta los 23 meses	Sin cargo		✓

Descripción de los Servicios Preventivos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Serie normal de exámenes preventivos de atención prenatal programados regularmente después de la confirmación del embarazo	Sin cargo		✓
Inmunizaciones (incluidas las vacunas) que se le apliquen en un Consultorio Médico del Plan	Sin cargo		✓
Inmunizaciones (incluidas las vacunas) para el COVID-19 que le aplican Proveedores que No Pertenecen al Plan (excepto por proveedores de Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 %		
Pruebas cutáneas de tuberculosis	Sin cargo		✓
Pruebas de detección y Servicios de asesoramiento, cuando se brindan durante un examen físico de rutina o un examen preventivo de bienestar infantil, como asesoramiento sobre la obesidad, pruebas de detección de rutina de la vista y audición, pruebas de detección de uso indebido de sustancias y alcohol, educación para la salud, pruebas de detección de depresión y pruebas de detección del desarrollo para diagnosticar y evaluar posibles retrasos en el desarrollo	Sin cargo		✓
Colonoscopias de detección	Sin cargo		✓
Sigmoidoscopias flexibles de detección	Sin cargo		✓
Pruebas de imágenes diagnósticas de rutina, como mamografías	Sin cargo		✓
Densitometrías óseas mediante TC	Sin cargo		✓
Densitometrías óseas mediante absorciometría de rayos X de energía dual (Dual Energy X-ray Absorptiometry, DEXA)	Sin cargo		✓
Análisis de laboratorio y pruebas de detección de rutina, como exámenes de detección de cáncer, pruebas de infecciones de transmisión sexual, pruebas de detección de colesterol y pruebas de tolerancia a la glucosa	Sin cargo		✓
Otras pruebas de detección de laboratorio, como pruebas de sangre oculta en materia fecal y pruebas de detección para la hepatitis B	Sin cargo		✓

Dispositivos protésicos y ortésicos

Descripción de los Servicios de Dispositivos Protésicos y Ortésicos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Dispositivos protésicos y ortésicos externos, según se describe en esta EOC	Sin cargo		✓
Dispositivos protésicos y ortésicos suplementarios, según se describe en esta EOC	Sin cargo		✓

Servicios de rehabilitación y habilitación

Descripción de los Servicios de Rehabilitación y Habilitación	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla individual para pacientes ambulatorios	\$20 por visita		✓
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla grupal para pacientes ambulatorios	\$10 por visita		✓
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria de tratamiento diurno	\$20 por día		✓

Servicios de Salud Reproductiva

Servicios de planificación familiar

Descripción de los Servicios de Planificación Familiar	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Asesoramiento sobre planificación familiar	Sin cargo		✓
Anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada, y visitas al consultorio relacionadas con la inserción, la extracción y el control de estos cuando tienen fines anticonceptivos	Sin cargo		✓
Procedimientos de esterilización para Miembros de sexo femenino asignado al nacer si se hacen en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en el quirófano de un hospital	Sin cargo		✓
Todos los demás procedimientos de esterilización para Miembros de sexo femenino asignado al nacer	Sin cargo		✓

Descripción de los Servicios de Planificación Familiar	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Procedimientos de esterilización para Miembros de sexo masculino asignado al nacer si se hacen en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en el quirófano de un hospital	Sin cargo		✓
Todos los demás procedimientos de esterilización para Miembros de sexo masculino asignado al nacer	Sin cargo		✓

Aborto y Servicios relacionados con el aborto

Descripción del aborto y los Servicios relacionados con el aborto	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Aborto quirúrgico	Sin cargo		✓
Medicamentos recetados según las pautas de la lista de medicamentos disponibles	Sin cargo		✓
Otros Servicios relacionados con el aborto	Sin cargo		✓

Servicios de Doulas del Plan

Descripción de los servicios de Doulas del Plan	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas iniciales, prenatales y de posparto	Sin cargo		✓
Apoyo durante los partos	Sin cargo		✓

Atención en un centro de enfermería especializada

Descripción de los Servicios de Atención en un Centro de Enfermería Especializada	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Servicios en un centro de enfermería especializada hasta 100 días por periodo de beneficios*	Sin cargo		✓

* Un periodo de beneficios comienza en la fecha en que le admitan en un hospital o Centro de Enfermería Especializada con un nivel de atención especializado. Un periodo de beneficios termina cuando pasan 60 días consecutivos después de la fecha en que dejó de ser paciente hospitalizado en un Centro de Enfermería Especializada o en un hospital con un nivel de atención especializado. Un nuevo periodo de beneficios puede comenzar solamente después de que haya finalizado cualquier periodo de beneficios existente. No es necesaria una hospitalización anterior de tres días en un hospital de cuidados agudos.

Tratamiento del trastorno por uso de sustancias

Descripción de los Servicios para el Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	Sin cargo		✓
Evaluación y tratamiento individual del trastorno por uso de sustancias	\$20 por visita		✓
Tratamiento grupal del trastorno por uso de sustancias	\$5 por visita		✓
Programas intensivos para pacientes ambulatorios y de tratamiento diurno	Sin cargo		✓
Tratamiento de mantenimiento con metadona	Sin cargo		✓
Tratamiento en entorno residencial del trastorno por uso de sustancias	Sin cargo		✓

Consultas de Telesalud

Consultas interactivas por video

Descripción de los Servicios de Consultas Interactivas por Video	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas de Atención Primaria y Visitas a Especialistas No Médicos	Sin cargo		✓
Visitas a Especialistas Médicos	Sin cargo		✓

Consultas telefónicas programadas

Descripción de los Servicios de Consultas Telefónicas Programadas	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas de Atención Primaria y Visitas a Especialistas No Médicos	Sin cargo		✓
Visitas a Especialistas Médicos	Sin cargo		✓

Servicios para la Vista para Miembros Adultos

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Adultos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Exámenes rutinarios de la vista con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias las medidas correctivas y proporcionar una receta para lentes de anteojos	Sin cargo		✓

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Adultos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas a Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$20 por visita		✓
Visitas a Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$20 por visita		✓
Lentes para la aniridia: hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarias (incluidas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes para la afaquia: hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarias para tratar la afaquia (incluidas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes de contacto especiales (salvo los lentes de contacto para tratar la aniridia o afaquia) para permitir una mejora significativa en la vista que no se logra con lentes de anteojos: un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluídas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo después de que se aplica la Asignación para óptica		
Anteojos y lentes de contacto, según se describe en esta <i>EOC</i>	Proporcionamos una Asignación de \$150 para un armazón de anteojos cada 24 meses o una Asignación de \$150 para lentes de contacto cada 12 meses		
Un par de Lentes de Anteojos Regulares cada 12 meses	Sin cargo		
Dispositivos para personas con vista disminuida (incluidas la adaptación y la entrega)	Sin cobertura		

Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Exámenes rutinarios de la vista con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias las medidas correctivas y proporcionar una receta para lentes de anteojos	Sin cargo		✓

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Válido para el OOPM
Visitas a Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$20 por visita		✓
Visitas a Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$20 por visita		✓
Lentes para la aniridia: hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarias (incluidas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes para la afaquia: hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarias para tratar la afaquia (incluidas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes de contacto especiales (salvo los lentes de contacto para tratar la aniridia o afaquia) para permitir una mejora significativa en la vista que no se logra con lentes de anteojos: un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluídas la adaptación y la entrega) en un periodo de 12 meses	Sin cargo después de que se aplica la Asignación para óptica		
Anteojos y lentes de contacto, según se describe en esta <i>EOC</i>	Proporcionamos una Asignación de \$150 para un armazón de anteojos cada 24 meses o una Asignación de \$150 para lentes de contacto cada 12 meses		
Un par de Lentes de Anteojos Regulares cada 12 meses	Sin cargo		
Dispositivos para personas con vista disminuida (incluidas la adaptación y la entrega)	Sin cobertura		

Plan CARE

La Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) estableció un sistema para que se evalúe a las personas con enfermedades mentales graves y estas reciban un plan de tratamiento creado por parte de una agencia de salud del comportamiento del condado (“Plan CARE”). Si un Miembro tiene un Plan CARE aprobado por un tribunal, cubrimos los Servicios requeridos según ese plan cuando los proporciona un Proveedor del Plan o un Proveedor que No Pertenece al Plan **sin costo**, a excepción de los medicamentos recetados. Los medicamentos recetados que se solicitan conforme a un Plan CARE aprobado por un tribunal están sujetos al mismo Costo Compartido que los medicamentos recetados por Proveedores del Plan, según se describe en el Resumen del Costo Compartido, y también están sujetos a la autorización previa por parte del Plan de Salud. Llame a Servicio a los Miembros para informarnos que tiene un Plan CARE aprobado por un tribunal.

Introducción

En esta *Evidencia de Cobertura (EOC)*, se describe la cobertura de atención médica de Kaiser Permanente Traditional HMO Plan proporcionada según el *Acuerdo de Grupo* (“*Acuerdo*”) entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (“Plan de Salud”) y la entidad con la que el Plan de Salud celebró el *Acuerdo* (su “Grupo”).

Esta *EOC* es parte del *Acuerdo* entre el Plan de Salud y su Grupo. El *Acuerdo* contiene términos adicionales, como Primas, el momento en que puede cambiar la cobertura, la fecha de vigencia de la cobertura y la fecha de finalización. Este se debe consultar para establecer los términos exactos de la cobertura. Su Grupo puede brindarle una copia del *Acuerdo*.

Una vez que esté inscrito en otra cobertura disponible a través del Plan de Salud, no podrá cancelar la evidencia de cobertura de ese otro plan sin cancelar la cobertura de esta *EOC*, a menos que el cambio se realice durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

Para obtener información sobre otros beneficios que se proporcionan conforme a otro programa ofrecido por su Grupo (por ejemplo, beneficios de compensación del trabajador), consulte los materiales del Grupo.

En esta *EOC*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a” y a los Miembros como “usted”. Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta *EOC*; consulte la sección “Definiciones” para conocer más.

Le recomendamos leer la totalidad de esta *EOC* para familiarizarse con las condiciones de cobertura y poder aprovechar al máximo todos los beneficios de su Plan de Salud. Además, si tiene cuestiones relacionadas con la salud, lea detenidamente las secciones correspondientes.

Sobre Kaiser Permanente

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉNES O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN MÉDICA.

Al unirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones de Servicio del Plan de Salud en California (la Región del Norte o la Región del Sur de California), que se conoce como su “Región Base”. La información sobre cobertura en esta *EOC* corresponde cuando usted recibe atención en su Región Base.

Cuando visita la otra Región de California, puede recibir atención según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Kaiser Permanente brinda Servicios directamente a nuestros Miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y el Grupo Médico trabajan juntos para proporcionar atención de calidad a todos los Miembros. Por medio de nuestro programa de atención médica, tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tales como atención de rutina con su Médico personal del Plan, Servicios hospitalarios, Servicios de laboratorio y farmacia, Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia y otros beneficios que se describen en esta *EOC*. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen una gran manera de proteger y mejorar su salud.

Proporcionamos Servicios cubiertos a Miembros a través de Proveedores del Plan ubicados en nuestra Área de Servicio, según se describe en la sección “Definiciones”. Debe recibir toda la atención médica cubierta de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio, excepto según se describe en las secciones que se indican a continuación para los siguientes Servicios:

- Referencias autorizadas, según se describe en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Servicios relacionados con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”.
- Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”.
- Servicios de Emergencia, Cuidados Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.
- Cuidados paliativos, según se describe en “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”.

Vigencia de esta EOC

Salvo que se modifique, esta *EOC* corresponde al periodo del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Su Grupo puede informarle si esta *EOC* todavía tiene vigencia y entregarle una vigente si esta expiró o se modificó.

Definiciones

Algunos términos tienen un significado especial en esta *EOC*. Cuando se usa un término que tiene un significado especial solo en una sección de esta *EOC*, el término se define en esa sección. Los términos de la sección “Definiciones” tienen un significado especial cuando tienen mayúscula inicial y se usan en cualquier sección de esta *EOC*.

Periodo de Acumulación: Un periodo de 12 meses consecutivos o menos para acumular montos para los deducibles (si corresponde), los gastos máximos de bolsillo y los límites de beneficios. Por ejemplo, el Periodo de Acumulación podría ser un año calendario o un año de contrato. El Periodo de Acumulación para esta *EOC* va desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

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 (y este pago no se tendrá en cuenta para ningún deducible ni gasto máximo de bolsillo).

Cobertura Adicional: Beneficios opcionales, como acupuntura, quiropráctica o cobertura dental, que pueden estar disponibles para los Miembros inscritos según esta *EOC*. Si su plan incluye Cobertura Adicional, esta cobertura se describirá en una enmienda a esta *EOC* o en un acuerdo aparte del emisor de la cobertura.

Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista: Servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis del comportamiento aplicado y programas de intervención del comportamiento basados en evidencia, que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista (o tratan trastornos de salud mental distintos 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 trastorno del espectro autista, un profesional calificado de servicios para tratar el trastorno del espectro autista o un paraprofesional calificado de servicios para tratar el trastorno del espectro autista, según se define en la sección 1374.73(c) del Código de Salud y Seguridad de California.

Cargos: “Cargos” significa lo siguiente:

- En el caso de los Servicios prestados por el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en la lista del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por Servicios prestados a los Miembros.

- En el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos en el programa de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administra y posee, 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 que No Pertenecen al Plan cuando usted tenga una Condición Médica de Emergencia, el monto que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley federal.
- En el caso de otros Servicios de Emergencia recibidos de Proveedores que No Pertenecen al Plan (incluida la Atención de Postestabilización que constituye Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal.
- En el caso de todos los demás Servicios recibidos de Proveedores que No Pertenecen al Plan (incluidos los Servicios de Atención de Postestabilización que no son Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto (1) que se debe pagar de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal, o (2) en el caso de que no se aplique ninguna ley estatal o federal que prohíba la facturación del saldo, el monto acordado por el Proveedor que No Pertenece al 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 de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado su Costo Compartido.

Red de PPO de Cigna Healthcare: La red de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Cigna Healthcare se refiere a los proveedores de atención médica (médicos, hospitales, especialistas) contratados como parte de un acuerdo de red de administración compartida llamado Cigna Healthcare PPO for Shared Administration.

Cigna Healthcare es una compañía independiente y no está asociada a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ni a sus planes de salud subsidiarios. El acceso a la red de PPO de Cigna Healthcare está disponible a través de una relación contractual entre Cigna Healthcare y los planes de salud de Kaiser Permanente. La red de PPO de Cigna Healthcare es proporcionada exclusivamente por The Cigna Group o a través de sus subsidiarias en funcionamiento, incluida Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre, el logotipo y otras marcas de Cigna Healthcare son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Coseguro: Un porcentaje de los Cargos que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos según esta *EOC*.

Copago: Un monto específico en dólares que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos según esta *EOC*. Nota: El monto en dólares del Copago puede ser \$0 (sin cargo).

Costo Compartido: El monto que usted debe pagar por los Servicios cubiertos. Por ejemplo, es posible que su Costo Compartido sea un Copago o un Coseguro. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan y recibe Servicios que están sujetos al Deducible del Plan, su Costo Compartido para esos Servicios se volverá 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 de esos Servicios se volverá un Cargo hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

Dependiente: Un Miembro que cumple los requisitos de elegibilidad como Dependiente (consulte los requisitos de elegibilidad para los Dependientes en “Quién es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).

Formulario de Revelación (Disclosure Form, DF): Un resumen de la cobertura para futuros Miembros. Para algunos productos, el DF se combina con la evidencia de cobertura.

Deducible de Medicamentos: El monto que debe pagar según esta *EOC* en el Periodo de Acumulación para algunos medicamentos, suministros y suplementos antes de que le brindemos cobertura por esos Servicios con el Copago o el Coseguro correspondientes en ese Periodo de Acumulación. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para conocer si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, los Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos y el monto del Deducible de Medicamentos.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor grave) de tal manera que usted crea razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en cualquiera de los siguientes:

- Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una persona embarazada, la salud de esa persona o del niño no nacido).

- Provocar una deficiencia grave de las funciones del organismo.
- Generar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Un trastorno de salud mental es una Condición Médica de Emergencia cuando cumple con los requisitos indicados en el párrafo anterior o cuando el problema médico se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad que provoca algo de lo siguiente:

- La persona representa un peligro inminente para sí misma o para otros.
- La persona está inmediatamente incapacitada para conseguir o hacer uso de alimentos, alojamiento o vestimenta debido a un trastorno mental.

Servicios de Emergencia: Todos los siguientes, que se prestan respecto de una condición médica de emergencia:

- Una prueba de detección que se encuentra dentro de las capacidades del Departamento de Emergencias de un hospital o un Departamento de Emergencias independiente, incluidos los servicios adicionales (como los Servicios de imágenes diagnósticas y de laboratorio), disponibles normalmente en el Departamento de Emergencias, para evaluar la Condición Médica de Emergencia.
- Dentro de las capacidades del personal y de los centros con los que cuente el centro de atención, el examen y tratamiento Médico Necesarios para Estabilizar al paciente (una vez que su condición se Estabilice, los Servicios que reciba se considerarán Atención de Postestabilización y no Servicios de Emergencia).
- La Atención de Postestabilización que brinda un Proveedor que No Pertenece al Plan está cubierta como Servicios de Emergencia cuando se aplica la ley federal, según se describe en “Atención de Postestabilización” en la sección “Servicios de Emergencia”.

EOC: Esta *Evidencia de Cobertura*, incluida cualquier enmienda, que describe la cobertura de atención médica de “Kaiser Permanente Traditional HMO Plan” según el *Acuerdo* del Plan de Salud con su Grupo.

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Grupo: La entidad con la que el Plan de Salud celebró el *Acuerdo* que incluye esta *EOC*.

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 licencia del Departamento de Atención Médica Administrada para ofrecer cobertura de cuidado de salud. En esta *EOC*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a”.

Región Base: La Región en la que se inscribió (la Región del Norte de California o la Región del Sur de California).

Infertilidad: La incapacidad de una persona de concebir un embarazo o llevar un embarazo hasta el nacimiento del bebé vivo, de forma individual o con su pareja, o la determinación de Infertilidad por parte del Médico del Plan, basada en el historial médico, sexual y reproductivo, la edad, los hallazgos físicos y las pruebas de diagnóstico del paciente, o la combinación de estos factores.

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, el Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington.

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

Medicamento Necesario: Para los Servicios relacionados con la salud mental o el tratamiento del trastorno por uso de sustancias, un Servicio se considera Medicamento Necesario si satisface sus necesidades específicas con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, lo que incluye minimizar la progresión de esa enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, de una manera que cumpla con todos los siguientes puntos:

- Debe brindarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de atención de trastornos de salud mental y por uso de sustancias.
- El tipo, la frecuencia, el alcance, el lugar y la duración del Servicio son clínicamente adecuados.
- Su objetivo principal no es el beneficio económico del plan del servicio de atención médica y de los suscriptores, ni la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Para todos los demás Servicios, un Servicio es Medicamento Necesario si, desde la perspectiva médica, es adecuado y necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o síntomas clínicos según las normas profesionales de práctica generalmente aceptadas que concuerden con las normas de atención de la comunidad médica.

Medicare: El programa federal de cobertura de salud para personas a partir de los 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas incapacidades y personas con enfermedad renal terminal (en general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro: Una persona elegible e inscrita según esta *EOC* y por la cual hemos recibido las Primas correspondientes. En esta *EOC*, a veces se hace referencia a los Miembros como “usted”.

Visitas a Especialistas No Médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como profesionales de enfermería, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos). En el caso de los Servicios que se describen en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la sección “Beneficios”, los especialistas no médicos incluyen a los dentistas y ortodoncistas.

Hospital que No Pertenece al Plan: Cualquier hospital que no sea un Hospital del Plan.

Médico que No Pertenece al Plan: Cualquier médico que no sea un Médico del Plan.

Proveedor que No Pertenece al Plan: Cualquier proveedor que no sea un Proveedor del Plan.

Psiquiatra que No Pertenece al Plan: Un psiquiatra que no sea un Médico del Plan.

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

- Usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio.
- Una persona sensata hubiese considerado que su salud (o la del bebé no nacido) correría un riesgo grave de deterioro si el tratamiento se demoraba hasta que regresase al Área de Servicio.

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 esta *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. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para conocer si su cobertura incluye un Deducible del Plan, los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan y el monto del Deducible del Plan.

Doula del Plan: Una trabajadora contratada para el parto que proporciona apoyo físico, emocional y no médico a las personas embarazadas y puerperas antes, durante y después del parto.

Centro de Atención del Plan: Cualquier centro de atención que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones. Los Centros de Atención del Plan incluyen los Hospitales y los Consultorios Médicos del Plan y otros centros de atención designados en el directorio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros de Atención del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Hospital del Plan: Cualquier hospital que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones. En el directorio, algunos Hospitales del Plan se mencionan como Centros Médicos de Kaiser Permanente. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Hospitales del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Consultorio Médico del Plan: Cualquier consultorio médico que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones. En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Oficina de Ventas de Productos Ópticos del Plan: Una oficina de ventas de productos ópticos que Kaiser Permanente u otra oficina de ventas de productos ópticos que designemos administra y posee. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones, para conocer las ubicaciones de las Oficinas de Ventas de Productos Ópticos del Plan. En el directorio, las Oficinas de Ventas de Productos Ópticos del Plan reciben el nombre de “Vision Essentials”. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Optometrista del Plan: Un optometrista que es Proveedor del Plan.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan: El monto total de Costo Compartido que debe pagar según esta *EOC* en el Periodo de Acumulación por ciertos Servicios cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para conocer el Gasto Máximo de Bolsillo de su Plan y para saber qué Servicios se tienen en cuenta para el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.

Farmacia del Plan: Una farmacia que Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos administra o posee. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones, para conocer las ubicaciones de las Farmacias del Plan. El directorio se actualiza con regularidad.

La disponibilidad de las Farmacias del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que trabaje para el Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar Servicios a los Miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios por referencia).

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 el Plan de Salud designe como Proveedor del Plan.

Centro de Enfermería Especializada del Plan: Un Centro de Enfermería Especializada aprobado por el Plan de Salud.

Atención de Postestabilización: Servicios Médicamente Necesarios relacionados con su Condición Médica 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 equipo médico duradero cubierto según esta *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 se cubre según esta *EOC*, consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios”.

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. “Primas Completas” significa el 100 % de las Primas para toda la cobertura emitida a cada Miembro inscrito, como se establece en la sección “Primas” del *Acuerdo* del Plan de Salud con su Grupo.

Servicios Preventivos: Servicios cubiertos que evitan o detectan enfermedades y que proporcionan uno o más de lo siguiente:

- Protección contra enfermedades e incapacidad o contra el avance de una enfermedad.
- Detección de enfermedades en sus etapas más tempranas antes de que se presenten síntomas evidentes.

Médicos de Atención Primaria: Médicos generales orientados a la medicina interna, pediatría y medicina familiar, y especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, en kp.org/ubicaciones, para obtener una lista de los médicos que están disponibles como Médicos de Atención Primaria. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Atención Primaria podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Visitas de Atención Primaria: Evaluaciones y tratamiento que proporcionan Médicos de Atención Primaria y Proveedores del Plan de atención primaria que no son médicos (tales como profesionales de enfermería).

Directorio de Proveedores: Un directorio de los Médicos del Plan y los Centros de Atención del Plan en su Región Base. Este directorio está disponible en nuestro sitio web, en 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 puede cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

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 del Norte de California, Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de las Regiones, visite el sitio web en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Área de Servicio: Los siguientes códigos postales de cada condado están dentro de nuestra Área de Servicio.

- Todos los códigos postales del Condado de Alameda están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377, 95391.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Amador están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95640, 95669.
- Todos los códigos postales del Condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820, 94850.
- Los siguientes códigos postales del Condado de El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Fresno están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Kings están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720.
- Todos los códigos postales del Condado de Marin están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Mariposa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93601, 93623, 93653.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Monterey están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93901, 93902, 93905, 93906, 93907, 93912, 93915, 93933, 93955, 93962, 95004, 95012, 95039, 95076.
- Todos los códigos postales del Condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599, 95476.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Placer están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765.
- Todos los códigos postales del Condado de Sacramento están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244-45, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894, 95899.
- Todos los códigos postales del Condado de San Francisco están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177, 94188.
- Todos los códigos postales del Condado de San Joaquin están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94514, 95201-15, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690.
- Todos los códigos postales del Condado de San Mateo están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04, 94497.
- Los siguientes códigos postales del Condado de San Clara están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196.

- Todos los códigos postales del Condado de Santa Cruz están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073, 95076-77.
- Todos los códigos postales del Condado de Solano están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694, 95696.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Sonoma están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492.
- Todos los códigos postales del Condado de Stanislaus están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87, 95397.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Sutter están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836-7.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región del Norte de California: 95692, 95903, 95961.

Para cada código postal mencionado para un condado, nuestra Área de Servicio incluye solo la parte de ese código postal que pertenece a dicho condado. Cuando un código postal abarque más de un condado, la parte del código que pertenezca a otro condado no estará dentro del Área de Servicio, a menos que ese otro condado esté incluido en la lista anterior y el código también esté incluido para ese otro condado.

Si quiere saber si un código postal pertenece a nuestra Área de Servicio, llame a Servicio a los Miembros.

Nota: Podemos ampliar el Área de Servicio en cualquier momento; notificaremos el cambio por escrito a su Grupo.

Los códigos postales están sujetos a cambios realizados por el Servicio Postal de EE. UU.

Servicios: Los servicios o artículos de atención médica (la “atención médica” incluye el cuidado de salud tanto físico como mental y el tratamiento del trastorno por uso de sustancias) y el Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista cubierto en “Servicios de Salud Mental” en la sección “Beneficios”.

Centro de Enfermería Especializada: Un centro de atención certificado por el estado de California que brinda atención de enfermería especializada a pacientes hospitalizados, servicios de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados. La actividad principal del centro debe ser la prestación de atención de enfermería especializada certificada las 24 horas del día. El término “Centro de Enfermería Especializada” no incluye los hogares para ancianos convalecientes, los centros de descanso ni los centros para personas mayores si la actividad principal de estos lugares es brindar atención de custodia, incluida la capacitación para rutinas de la vida diaria. Un “Centro de Enfermería Especializada” también puede ser una unidad o sección dentro de otro centro de atención (por ejemplo, un hospital), siempre y cuando cumpla con los términos de esta definición.

Cónyuge: La persona con quien el Suscriptor está legalmente casado, según la ley correspondiente. Para los fines de esta EOC, el término “Cónyuge” incluye a la pareja de hecho del Suscriptor. Una “pareja de hecho” son dos personas registradas y legalmente reconocidas como pareja de hecho en California (si su Grupo permite la inscripción de parejas de hecho que no son legalmente reconocidas como parejas de hecho en California, “Cónyuge” también incluye a la pareja de hecho del Suscriptor que cumple los requisitos de elegibilidad de su Grupo para ser una pareja de hecho).

Estabilizar: Proporcionar tratamiento médico para la Condición Médica de Emergencia que sea necesario a fin de asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro significativo de la condición a causa del traslado de la persona desde el centro de atención (ni durante dicho traslado). En el caso de una persona embarazada que tenga contracciones, cuando no haya tiempo suficiente 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 esta persona o del niño no nacido), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

Suscriptor: Un Miembro que es elegible para serlo por sí mismo, no por ser Dependiente, y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor (consulte los requisitos de elegibilidad del Suscriptor en “Quién es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).

Acuerdo de Maternidad Subrogada: Un acuerdo en el que una persona acepta quedar embarazada y entregar el bebé a otras personas que se harán cargo de su crianza. El embarazo puede producirse de cualquier manera, incluidas, entre otras, la fecundación por inseminación artificial, inseminación intrauterina, fecundación *in vitro* o implantación quirúrgica de un óvulo fecundado de otra persona. Para los fines de esta *EOC*, “Acuerdos de Maternidad Subrogada” incluye todos los tipos de acuerdos de maternidad subrogada, incluidos los tradicionales y los de gestación.

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

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

Primas, Elegibilidad e Inscripción

Primas

Su Grupo debe pagar las Primas Completas, a menos que usted sea responsable de pagar las Primas Completas según se describe en la sección “Continuidad de la Membresía” si tiene cobertura de Cal-COBRA conforme a esta *EOC*. Si es responsable de alguna contribución a las Primas que su Grupo paga, su Grupo le indicará el monto, cuándo se deben pagar y cómo pagar a su Grupo (a través de deducciones de la nómina, por ejemplo).

Quién es Elegible

Para inscribirse y continuar inscrito, debe reunir todos los requisitos de elegibilidad que se describen en la sección “Quién es Elegible”, incluidos los requisitos de elegibilidad de su Grupo y los requisitos de elegibilidad del Área de Servicio.

Requisitos de elegibilidad del Grupo

Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de su Grupo, tal como la cantidad mínima de horas que los empleados deben trabajar. Se requiere que su Grupo informe a los Suscriptores acerca de los requisitos de elegibilidad.

Requisitos de elegibilidad del Área de Servicio

Lea el significado de “Área de Servicio” en la sección “Definiciones” y cómo puede cambiar.

Los Suscriptores deben vivir o trabajar en nuestra Área de Servicio en el momento de inscribirse. Si, después de inscribirse, el Suscriptor deja de vivir o trabajar en nuestra Área de Servicio, puede mantener su membresía, a menos que (1) viva en el área de servicio de otra Región o se mude a dicha área y no trabaje en nuestra Área de Servicio o (2) su Grupo no permita la continuidad de la inscripción a los Suscriptores que no vivan ni trabajen en nuestra Área de Servicio.

Los niños Dependientes del Suscriptor o del Cónyuge del Suscriptor pueden vivir en cualquier parte dentro o fuera de nuestra Área de Servicio. Otros Dependientes pueden vivir en cualquier lugar, pero no son elegibles para inscribirse o para continuar la inscripción si viven en el área de servicio de otra Región o se mudan a dicha área.

Si no es elegible para continuar la inscripción porque vive en el área de servicio de otra Región o se muda a dicha área, comuníquese con su Grupo para conocer las opciones de atención médica disponibles:

- **Regiones fuera de California.** Es posible que pueda inscribirse en el área de servicio de otra Región si existe un acuerdo entre su Grupo y esa Región, pero el plan, incluidos la cobertura, las primas y los requisitos de elegibilidad, tal vez no sea el mismo que establece esta *EOC*.
- **Área de servicio de la Región del Sur de California.** Es posible que su Grupo tenga un acuerdo con nosotros que le permita ser miembro en la Región del Sur de California, pero el plan, incluida la cobertura, las primas y los requisitos de elegibilidad, tal vez no sea el mismo que establece esta *EOC*. Si el Suscriptor no presenta un nuevo formulario de inscripción, se aplicarán todos los términos y condiciones de la solicitud de inscripción correspondiente a la Región del Norte de California, incluido el Acuerdo de Arbitraje.

Para obtener más información sobre las áreas de servicio de las demás Regiones, llame a Servicio a los Miembros.

Elegibilidad como Suscriptor

Puede ser elegible para inscribirse y continuar la inscripción como Suscriptor en los siguientes casos:

- Es un empleado de su Grupo.
- Es un propietario o socio de su Grupo.
- Tiene derecho a recibir cobertura por medio de un acuerdo de fideicomiso, un programa de beneficios por jubilación o un contrato de trabajo (a menos que el Servicio de Impuestos Internos considere que usted trabaja por su cuenta).

Elegibilidad como Dependiente

Inscripción de un Dependiente

La elegibilidad de un Dependiente está sujeta a los requisitos de elegibilidad de su Grupo, que no se describen en esta *EOC*. Para conocer dichos requisitos de elegibilidad, comuníquese con su Grupo. Si usted es un Suscriptor según esta *EOC* y su Grupo permite la inscripción de Dependientes, el Plan de Salud le permite inscribir a las siguientes personas como sus Dependientes según esta *EOC*:

- Su Cónyuge.

- Los hijos Dependientes suyos o de su Cónyuge que cumplan los requisitos descritos en “Límite de edad para hijos Dependientes”, si cumplen con estas condiciones:
 - ◆ Son hijos biológicos.
 - ◆ Son hijastros.
 - ◆ Son hijos adoptados.
 - ◆ Son niños(as) que permanecen con usted para su adopción;
 - ◆ Son niños(as) en cuidado de crianza, y usted o su Cónyuge son los responsables legales de su cuidado;
 - ◆ Son niños(as) cuyos tutores legales son usted o su Cónyuge (o lo eran cuando los niños(as) cumplieron 18 años).
- Los niños cuyo padre es un hijo Dependiente bajo su cobertura familiar (incluidos los hijos adoptados y los niños que permanecen con su hijo Dependiente para su adopción) si cumplen con todos los requisitos que se indican a continuación:
 - ◆ No están casados ni tienen una pareja doméstica (para los fines de este requisito únicamente, “pareja doméstica” se refiere a alguien que está registrado y es legalmente reconocido como pareja doméstica en California);
 - ◆ Cumplen con los requisitos descritos en la sección “Límite de edad para hijos Dependientes”;
 - ◆ Reciben todo el sustento y la manutención de usted o de su cónyuge;
 - ◆ Viven con usted o con su Cónyuge de manera permanente.

Si tiene un bebé

Si tiene un bebé mientras está inscrito en virtud de esta *EOC*, el bebé no queda automáticamente inscrito en este plan. El Suscriptor debe solicitar la inscripción del bebé, según se describe en “Inscripción especial” en la sección “Cómo Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura” más adelante. Si el Suscriptor no solicita la inscripción dentro del periodo de inscripción especial, el bebé solo estará cubierto por este plan durante 31 días (incluido el día del nacimiento).

Límite de edad para hijos Dependientes

Los hijos deben ser menores de 26 años en la fecha de vigencia de esta *EOC* para inscribirse como Dependientes en su plan.

Los hijos Dependientes son elegibles para permanecer en el plan hasta el final del mes en el que alcancen el límite de edad.

Los hijos Dependientes del Suscriptor o del Cónyuge (incluidos los hijos adoptados y los niños que permanecen con usted para adopción, sin incluir a los niños que permanecen con usted para cuidado de crianza) que alcancen el límite de edad pueden seguir recibiendo cobertura según esta *EOC* si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Cumplen todos los requisitos para ser Dependientes, excepto por el límite de edad.

- Su Grupo permite la inscripción de Dependientes.
- Son incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse debido a una lesión, enfermedad o afección que los haya discapacitado física o mentalmente antes de que alcancen la edad límite para Dependientes.
- Reciben el 50 por ciento o más del sustento y de la manutención de parte de usted o de su Cónyuge.
- Si fue solicitado, nos ha entregado pruebas de su discapacidad y dependencia dentro de los 60 días posteriores al momento en que las solicitamos (consulte el apartado “Certificación de Dependiente con Discapacidad” en la sección “Elegibilidad como Dependiente”).

Certificación de Dependiente con Discapacidad

Se puede solicitar prueba para que un Dependiente pueda seguir recibiendo cobertura como Dependiente discapacitado. Si lo solicitamos, el Suscriptor nos debe proporcionar documentación de la discapacidad y dependencia del Dependiente de la siguiente manera:

- Si el niño es Miembro, enviaremos al Suscriptor, al menos 90 días antes de la fecha de finalización de la membresía, un aviso para indicar que se cancelará la membresía del Dependiente porque alcanzó el límite de edad y perdió la elegibilidad. La membresía del Dependiente finalizará según se describe en el aviso, a menos que el Suscriptor presente la documentación que justifique la discapacidad y la dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días desde la fecha en que recibe el aviso y que determinemos que la persona reúne los requisitos para ser considerada dependiente con discapacidad. Si el Suscriptor presenta la documentación en tiempo y forma, pero nosotros no tomamos una decisión sobre el dependiente antes de la fecha de cancelación, se extenderá la cobertura hasta que tomemos tal determinación. Si se determina que el Dependiente no cumple con los requisitos como dependiente discapacitado, se le notificará al Suscriptor al respecto y se le informará la fecha de cancelación de la membresía. Por otro lado, si determinamos que el Dependiente sí reúne los requisitos, no se interrumpirá la cobertura. Además, dos años después de que el Dependiente alcance el límite de edad, el Suscriptor deberá presentar todos los años la documentación que justifique la discapacidad y la dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días desde la fecha en que la solicitamos para que podamos determinar si la persona aún reúne los requisitos para ser considerado un dependiente con discapacidad.
- Si el niño no es Miembro porque usted está cambiando de cobertura, debe entregarnos comprobantes, en un plazo de 60 días después de que los solicitamos, de la discapacidad y dependencia del niño, así como comprobantes de la cobertura que tenía el niño según su cobertura anterior.

En el futuro, deberá proporcionar una prueba de que el niño sigue teniendo la discapacidad y la dependencia dentro de los 60 días después de haber recibido nuestra solicitud, aunque no más de una vez al año.

Si el Suscriptor está inscrito en un plan de Medicare de Kaiser Permanente

Las reglas de elegibilidad de dependientes que se describen en la sección “Elegibilidad como Dependiente” también se aplican si usted es suscriptor de un plan de Medicare de Kaiser Permanente ofrecido por su Grupo (consulte a su Grupo sobre sus opciones de membresía). Todos los dependientes que estén inscritos en esta u otra evidencia de cobertura fuera de Medicare que ofrezca su Grupo deben inscribirse en la misma evidencia de cobertura fuera de Medicare. Una evidencia de cobertura “fuera de Medicare” es aquella que no requiere que los miembros tengan Medicare.

Personas que tienen prohibido inscribirse

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

Miembros con Medicare y jubilados

Esta *EOC* no está destinada a la mayoría de los beneficiarios de Medicare, y algunos Grupos no ofrecen cobertura a personas jubiladas. Si durante la vigencia de esta *EOC* usted es (o se vuelve) elegible para Medicare o se jubila, pregunte a su Grupo sobre sus opciones de membresía de la siguiente manera:

- Si un Suscriptor que tiene Medicare Parte B se jubila y su Grupo ofrece un plan Kaiser Permanente Senior Advantage para jubilados, el Suscriptor debe inscribirse en el plan si es elegible.
- Si el Suscriptor tiene dependientes con Medicare y su Grupo tiene un plan Kaiser Permanente Senior Advantage (u otro de nuestros planes que requieren que los miembros tengan Medicare), el Suscriptor podría inscribirles como dependientes en ese plan.
- Si el Suscriptor se jubila y su Grupo no ofrece cobertura para jubilados, podría ser elegible para continuar con su membresía según se describe en la sección “Continuidad de la Membresía”.
- Si la ley federal exige que su cobertura de atención médica primaria sea la de su Grupo y la cobertura secundaria sea la de Medicare, la cobertura conforme a esta *EOC* será la misma que hubiera recibido si no fuera elegible para Medicare. Sin embargo, si tiene Medicare Parte B, también puede ser elegible para inscribirse en un plan Kaiser Permanente Senior Advantage a través de su Grupo.

- Si usted es (o se vuelve) elegible para Medicare y pertenece a una clase de beneficiarios cuya cobertura de atención médica de Grupo es secundaria en relación con la de Medicare, debería considerar inscribirse en Kaiser Permanente Senior Advantage a través de su Grupo si es elegible.
- Si ninguna de las opciones anteriores se aplica a su caso y usted es elegible para Medicare o se jubila, consulte a su Grupo sobre sus opciones de membresía.

Nota: Si está inscrito en un plan de Medicare y pierde la elegibilidad para Medicare, es posible que pueda inscribirse conforme a esta *EOC* si su Grupo lo permite (consulte a su Grupo sobre los detalles).

Cuando Medicare es la cobertura primaria

Las Primas de su Grupo podrían aumentar si usted es (o se vuelve) elegible para recibir Medicare Parte A o B como cobertura primaria y no está inscrito a través de su Grupo en Kaiser Permanente Senior Advantage por cualquier motivo (incluso si no es elegible para inscribirse o el plan no está disponible para usted).

Cuando Medicare es la cobertura secundaria

Medicare es la cobertura primaria, a menos que la ley federal exija que su Grupo le brinde su cobertura de salud primaria y Medicare sea su cobertura secundaria. Los Miembros de Kaiser Permanente que tienen Medicare como cobertura secundaria por ley están sujetos a las mismas Primas y a los mismos beneficios que los Miembros menores de 65 años que no tengan Medicare. Además, cualquier Miembro que tenga Medicare como cobertura secundaria por ley y que cumpla con los requisitos de elegibilidad del plan Kaiser Permanente Senior Advantage que corresponden cuando Medicare es la cobertura secundaria también podría inscribirse en dicho plan, si este estuviera disponible. Estos Miembros reciben los beneficios y la cobertura descritos en esta *EOC* y la evidencia de cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage que corresponden cuando Medicare es la cobertura secundaria.

Penalización por inscripción tardía en Medicare

Si se vuelve elegible para Medicare Parte B y no se inscribe, Medicare puede pedirle que pague una penalización por inscripción tardía si más tarde se inscribe en Medicare Parte B. Sin embargo, si se demora en inscribirse en la Parte B porque usted o su cónyuge todavía están trabajando y tienen cobertura a través de un plan de salud grupal de su empleador, es posible que no tenga que pagar la penalización. Además, si es (o se vuelve) elegible para Medicare y no se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados acreditable (que sea, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare Parte D) durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe más adelante en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Si es (o se vuelve) elegible para Medicare, su Grupo es responsable de comunicarle si su cobertura de medicamentos según esta EOC es una cobertura de medicamentos recetados acreditable cuando se lo requieran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y cuando usted lo solicite.

Cómo Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura

Su Grupo debe informarle cuándo es elegible para inscribirse y cuál es la fecha de vigencia de la cobertura. Si es elegible para inscribirse según se describe en “Quién es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, se permite la inscripción de acuerdo con lo explicado a continuación y la membresía comienza al inicio (12:00 a. m.) de la fecha de vigencia de la cobertura indicada más abajo, a menos que su Grupo tenga requisitos adicionales que permitan la inscripción en otras situaciones.

Si es elegible como Dependiente según esta EOC, pero el suscriptor en su familia está inscrito en una evidencia de cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage ofrecida por su Grupo, se aplican las reglas de inscripción de Dependientes detalladas en la sección “Cómo Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”, en lugar de las reglas de inscripción de dependientes detalladas en la evidencia de cobertura del suscriptor.

Empleados nuevos

Cuando su Grupo le informe que es elegible para inscribirse como Suscriptor, podrá inscribirse individualmente e inscribir a sus Dependientes elegibles; para ello, deberá enviar una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo dentro de los 31 días.

Fecha de vigencia de la cobertura

Su Grupo es quien determina la fecha de vigencia de la cobertura de los empleados nuevos y sus Dependientes familiares elegibles, de acuerdo con los periodos de espera que establece la ley federal y estatal. El Grupo debe informar al Suscriptor la fecha en que su membresía entra en vigencia. Por ejemplo, si la fecha de contratación de un empleado elegible es el 19 de enero, el periodo de espera comienza el 19 de enero y la fecha de vigencia de la cobertura no puede ser posterior al 19 de abril. Nota: Si la fecha de vigencia de la cobertura de su Grupo corresponde al primer día del mes, en este ejemplo la fecha de vigencia no puede ser posterior al 1 de abril.

Inscripción abierta

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles) y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles. Para hacerlo, presente una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo durante el periodo de inscripción abierta de su Grupo. El Grupo le informará cuándo comienza y finaliza el periodo de inscripción abierta y la fecha de vigencia de la cobertura.

Inscripción especial

Si no se inscribe cuando pasa a ser elegible por primera vez y quiere inscribirse más adelante, puede hacerlo solo durante el periodo de inscripción abierta, salvo si se cumple alguna de estas condiciones:

- Usted pasa a ser elegible porque experimenta un evento calificado, también conocido como “evento calificado de vida” (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual), según se describe en la sección “Inscripción especial”.
- No se inscribió en ninguna cobertura ofrecida por su Grupo cuando pasó a ser elegible por primera vez y su Grupo no nos entregó una declaración por escrito que demostrara que usted firmó un documento en el que se explicaban las restricciones relacionadas con la inscripción en el futuro. La fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de esta disposición será anterior al primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud de parte del Suscriptor.

Inscripción especial debido a nuevos Dependientes

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles) y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles dentro de los 30 días posteriores a un matrimonio, la creación de una pareja de hecho, un nacimiento, una adopción, o una entrega en adopción o en cuidado de crianza. Para ello, envíe a su Grupo una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud.

La fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado del matrimonio o de la creación de una pareja de hecho será anterior al primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba la solicitud de inscripción por parte del Suscriptor. La inscripción de nuevos hijos Dependientes entra en vigencia de la siguiente manera:

- Las inscripciones por nacimiento entran en vigencia en la fecha de nacimiento.
- Las inscripciones por adopción entran en vigencia en la fecha de adopción.
- Las inscripciones por entrega en adopción o cuidado de crianza entran en vigencia en la fecha en que usted o su Cónyuge asumen un derecho legal para controlar la atención médica.

Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles) y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles si se cumple todo lo siguiente:

- El Suscriptor o al menos uno de los Dependientes tenía otra cobertura cuando rechazó previamente toda la cobertura a través de su Grupo.

- La pérdida de la otra cobertura se debe a uno de los siguientes motivos:
 - ◆ Finalización de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA).
 - ◆ Cancelación de las contribuciones del empleador para una cobertura que no es de COBRA.
 - ◆ Pérdida de elegibilidad para la cobertura que no es de COBRA, pero no cancelación con causa ni cancelación de un plan individual (no de grupo) por falta de pago. Por ejemplo, esta pérdida de elegibilidad para la cobertura puede ser consecuencia de separación legal o divorcio, mudanza a un lugar fuera del área de servicio del plan, haber alcanzado el límite de edad para hijos dependientes, o el fallecimiento, la pérdida de empleo o la reducción de las horas de empleo del suscriptor.
 - ◆ Pérdida de elegibilidad (pero no cancelación con causa) para una cobertura a través de Covered California, Medicaid (conocida como Medi-Cal en California), cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños o cobertura del Programa de Acceso a Medi-Cal.
 - ◆ El hecho de haber alcanzado la cantidad máxima de cobertura de por vida en todos los beneficios.

Nota: Si se inscribe como Suscriptor junto con al menos un Dependiente elegible, solo uno de los dos debe cumplir los requisitos mencionados.

Para solicitar la inscripción, el Suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción o cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo dentro de los 30 días a partir de la pérdida de otra cobertura, a menos que el plazo para presentar la solicitud sea de 60 días si solicita una inscripción debido a la pérdida de elegibilidad para la cobertura a través de Covered California, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños o el Programa de Acceso a Medi-Cal. La fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de la pérdida de otra cobertura será anterior al primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o cambio de inscripción de parte del Suscriptor.

Inscripción especial debido a una orden judicial o administrativa

Dentro de los 30 días posteriores a la fecha de una orden judicial o administrativa en la que se le solicite al Suscriptor que proporcione cobertura de salud para un Cónyuge o un hijo que reúna los requisitos de elegibilidad como Dependiente, el Suscriptor puede agregar al Cónyuge o al hijo como Dependiente. Para hacerlo, debe enviar a su Grupo una solicitud de inscripción o cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud.

La fecha de vigencia de la cobertura que sea resultado de una orden judicial o administrativa es el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos la solicitud de inscripción, a menos que su Grupo especifique una fecha de vigencia diferente (si su Grupo especifica una fecha de vigencia diferente, la fecha de vigencia no puede ser anterior a la fecha de la orden).

Inscripción especial debido a elegibilidad para subsidio

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles) y los Suscriptores existentes pueden agregar a los Dependientes elegibles si usted o un dependiente son elegibles para recibir un subsidio a través del programa Medi-Cal. El subsidio significa que el programa Medi-Cal paga la totalidad o parte de las primas de la cobertura de grupo del empleador para un beneficiario de Medi-Cal. Para solicitar la inscripción en la cobertura de atención médica de su Grupo, el Suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción o cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo dentro de los 60 días posteriores a que usted o un dependiente se vuelvan elegibles para recibir un subsidio. Comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California para determinar si el subsidio está disponible y cuáles son los requisitos de elegibilidad.

Inscripción especial debido a la recontractación después del servicio militar

Si canceló su cobertura de atención médica porque fue llamado a servicio activo en el servicio militar, puede volver a inscribirse en el plan de salud de su Grupo si lo determina la ley estatal o federal. Solicite más información a su Grupo.

Otros casos de inscripción especial

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles) si usted o sus Dependientes no estuvieron inscritos anteriormente y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles que no hayan estado inscritos anteriormente, si se cumple alguno de los siguientes criterios:

- Pierde su empleo por algún motivo que no sea una conducta indebida grave.
- Le reducen las horas de empleo.
- Es Dependiente de alguien que tiene derecho a la cobertura de Medicare.
- Se divorcia o se separa legalmente.
- Es Dependiente de alguien que muere.
- Un Intercambio de Beneficios de Salud (como Covered California) determina que ha ocurrido alguno de los siguientes casos debido a una conducta indebida por parte de una entidad no perteneciente al intercambio que ha brindado ayuda para la inscripción o ha dirigido actividades de inscripción:
 - ◆ No se inscribió a una persona que califica en un plan de salud autorizado;

- ◆ No se inscribió a una persona que califica en el plan de salud autorizado que la persona eligió;
- ◆ Una persona es elegible para recibir pagos por adelantado del crédito tributario para pagar la prima o reducciones en el costo compartido, pero no los recibe.

Para solicitar una inscripción especial, debe enviar a su Grupo una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud en un plazo de 30 días desde que perdió la otra cobertura. Es posible que deba presentar documentación que verifique que tuvo un evento calificado de vida. La membresía entra en vigencia ya sea el primer día del mes siguiente (para las solicitudes que se reciben antes del día quince del mes) o el primer día del mes posterior al siguiente (para las solicitudes que se reciben después del día quince del mes).

Nota: Si se inscribe como Suscriptor junto con al menos un Dependiente elegible, solo uno de los dos debe cumplir con uno de los requisitos mencionados.

Cómo Obtener Servicios

Como Miembro, usted elige nuestro programa de atención médica para obtener cuidado de salud. Debe recibir toda la atención médica cubierta de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio, excepto según se describe en las secciones que se indican a continuación para los siguientes Servicios:

- Referencias autorizadas, según se describe en “Cómo Obtener una Referencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Servicios relacionados con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”.
- Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”.
- Servicios de Emergencia, Cuidados Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.
- Cuidados paliativos, según se describe en “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”.

Por medio de nuestro programa de atención médica, tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tales como atención de rutina con su Médico personal del Plan, Servicios hospitalarios, Servicios de laboratorio y farmacia, Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia y otros beneficios que se describen en esta *EOC*.

Atención de Rutina

Debe hacer una cita si necesita alguno de los siguientes Servicios:

- Servicios Preventivos.
- Atención periódica de seguimiento (cuidado de seguimiento que se programa regularmente, como consultas para controlar una condición crónica).
- Otro cuidado que no es Atención de Urgencia.

Para solicitar una cita no urgente, llame al Centro de Atención local del Plan o haga una cita en línea. Si necesita obtener los números de teléfono para hacer citas, consulte el Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros. Para solicitar una cita en línea, visite nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Atención de Urgencia

Una necesidad de Atención de Urgencia es aquella que requiere atención médica sin demora, pero que no llega a ser una Condición Médica de Emergencia. Si considera que podría necesitar Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos de un Centro de Atención del Plan. Para conocer los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Para obtener información sobre la Atención de Urgencia Fuera del Área, consulte “Atención de Urgencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

¿No Está Seguro del Tipo de Atención que Necesita?

Algunas veces, es difícil determinar qué tipo de atención necesita. Por eso, contamos con profesionales certificados de cuidado médico para atenderle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Aquí se detallan algunas maneras en que pueden ayudarlo:

- Pueden responder preguntas sobre la salud y darle información sobre su cuidado personal en el hogar, si corresponde.
- Pueden aconsejarle si debería recibir atención médica, y dónde y cómo obtenerla (por ejemplo, si no sabe si su enfermedad es una Condición Médica de Emergencia, le pueden ayudar a decidir si necesita Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia, y cómo y dónde obtenerlos).

- Pueden indicarle qué hacer si necesita atención y el Consultorio Médico del Plan está cerrado o usted está fuera del Área de Servicio.

Si quiere ponerse en contacto con cualquiera de estos profesionales certificados de atención médica, comuníquese con el número de teléfono para citas o consejos (para conocer los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros). Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.

Su Médico Personal del Plan

Los Médicos personales del Plan proporcionan servicios de atención primaria y desempeñan un papel importante en la coordinación del cuidado, 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 del Plan son Médicos de Atención Primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, y especialistas en obstetricia/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. Por ejemplo, puede elegir como Médico Personal del Plan a especialistas en medicina interna y obstetricia/ginecología que no están designados como Médicos de Atención Primaria. Sin embargo, si escoge como su Médico personal del Plan a un especialista que no está designado como Médico de Atención Primaria, el Costo Compartido de una Visita a un Especialista se aplicará a todas las visitas, excepto a las visitas preventivas de rutina que se detallan en “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”.

Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar un Médico personal del Plan, visite nuestro sitio web, en kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para obtener una lista de los médicos que puede elegir como Médicos de Atención Primaria. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Atención Primaria podría cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros. Puede cambiar el Médico personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo Obtener una Referencia

Referencias a Proveedores del Plan

Para obtener atención de un especialista, como un cirujano, un ortopedista, un cardiólogo, un oncólogo o un dermatólogo, y para tener acceso a fisioterapia o terapia ocupacional o del habla, primero debe obtener una referencia de un Médico del Plan.

Un Médico del Plan también debe referirle para recibir Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista cubierto según “Servicios de Salud Mental” en la sección “Beneficios”. Sin embargo, no necesita una referencia ni 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 orientados a la medicina interna, la pediatría y la medicina familiar;
- Especialistas en optometría, Servicios de salud mental, tratamiento del trastorno por abuso 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 apartado “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” de la sección “Cómo Obtener una Referencia”.
- El proveedor podría tener que referirle a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o condición.

Referencias abiertas

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

Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias

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

- Equipo médico duradero;
- Suministros para ostomía y urología;
- Servicios que no proporcionen los Proveedores del Plan;
- Trasplantes.

La Supervisión de Utilización de Servicios (Utilization Management, UM) es un proceso que determina si un Servicio que recomendó su proveedor tratante es Medicamento Necesario para usted. La autorización previa es un proceso de UM que determina si los servicios solicitados son Medicamentos Necesarios antes de que se proporcione la atención. Si son Medicamentos Necesarios, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea clínicamente adecuado según los términos de su cobertura de salud. Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización.

Para conocer la lista completa de Servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones sobre la autorización, visite nuestro sitio web, en kp.org/UM (en inglés), o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa.

Consulte “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para conocer los requisitos de autorización necesarios para recibir Atención de Postestabilización por parte de Proveedores que No Pertenecen al Plan.

Información adicional sobre autorizaciones previas para obtener equipo médico duradero y suministros para ostomía y urología

El proceso de autorización previa para obtener equipo médico duradero y suministros para ostomía y urología incluye el uso de las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Un grupo de trabajo clínico y operacional interdisciplinario desarrolló estas pautas con la revisión y la opinión de Médicos del Plan y profesionales médicos con conocimientos y experiencia clínica. Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en las tecnologías y prácticas médicas.

Si su Médico del Plan le receta alguno de estos artículos, presentará una referencia por escrito, de acuerdo con el proceso de la UM descrito en la sección “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias”. Si, en las pautas de la lista de medicamentos disponibles, no se especifica la idoneidad del artículo recetado para su condición médica, se presentará la referencia al Médico del Plan designado por el Grupo Médico, quien tomará la decisión sobre la autorización, según se describe en “Plazos de las decisiones del Grupo Médico” en la sección “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias”.

Información adicional sobre los criterios de determinación de la revisión de utilización de servicios para los Servicios de salud mental o el tratamiento del trastorno por uso de sustancias

Los criterios de determinación de la revisión de utilización de servicios y los materiales de programas educativos para personas que toman decisiones sobre la autorización de Servicios de salud mental o tratamiento del trastorno por uso de sustancias se pueden consultar sin costo en kp.org/espanol.

Plazos de las decisiones del Grupo Médico

La persona designada por el Grupo Médico tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su condición, antes de los cinco días hábiles después de que reciba toda la información razonablemente necesaria (incluidos los resultados de las pruebas y los exámenes adicionales) para tomar la decisión. Sin embargo, las decisiones sobre los Servicios de atención de urgencia deberán tomarse antes de las 72 horas después de haber recibido la información. Si el Grupo Médico necesita más tiempo para tomar la decisión porque no dispone de la información razonablemente necesaria, o bien porque solicita una consulta con un especialista en particular, se notificará a usted y a su médico tratante sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas adicionales y la fecha en que se espera que el Grupo Médico tome una decisión.

Se informará la decisión que se tomó a su médico tratante en un plazo de 24 horas. Si se autorizan los Servicios, se explicará a su médico el alcance de los Servicios autorizados. Si el Grupo Médico no autoriza todos los Servicios, el Plan de Salud le enviará la decisión y una explicación por escrito en un plazo de dos días hábiles después de que se haya tomado la decisión. Usted podrá tener acceso, previa solicitud, a cualquier criterio por escrito usado por el Grupo Médico para tomar la decisión de aprobar, modificar, demorar o denegar la solicitud de autorización.

Si el Grupo Médico no autoriza todos los Servicios solicitados y usted quiere apelar la decisión, puede presentar una queja formal según se describe en “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”.

Para estos Servicios por referencia, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Finalización de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Nuevos Miembros

Si recibe actualmente Servicios de un Proveedor que No Pertenecen al Plan, de acuerdo con alguno de los casos detallados más adelante en “Elegibilidad”, y la cobertura de su plan anterior para los Servicios del proveedor ha finalizado o finalizará cuando entre en vigencia nuestra cobertura, es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los Servicios del Proveedor que No Pertenecen al Plan.

Proveedores cancelados

Si actualmente recibe Servicios cubiertos en algunos de los casos que se indican en la sección “Elegibilidad” por 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 ofrecidos por el proveedor cancelado.

Elegibilidad

Los siguientes casos están sujetos a esta disposición de cumplimiento de los Servicios:

- Afecciones 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 inmediata y que tengan una duración limitada. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que la condición aguda desaparezca.
- Condiciones crónicas graves hasta que se cumpla la primera de las siguientes condiciones: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cancelado o (3) el primer día después de completar el 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 que No Pertenece al Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras afecciones médicas graves para las cuales se cumple alguna de estas condiciones:
 - ◆ 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.
- Los trastornos de salud mental en Miembros embarazadas que se manifiestan o pueden afectar a la paciente durante el embarazo o el periodo de posparto (incluida, entre otras, la depresión posparto). Es posible que cubramos la finalización de estos Servicios hasta 12 meses a partir del diagnóstico de salud mental o del final del embarazo, lo que ocurra después.
- 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.

- Niños menores de 3 años. Podríamos cubrir la finalización de estos Servicios hasta que ocurra la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura del niño, si es un nuevo Miembro; (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 dentro de los 180 días de la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o dentro de los 180 días a partir de la fecha en que finalizó el contrato con el proveedor cancelado.

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

- Su cobertura del Plan de Salud está vigente en la fecha en la 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 arriba mencionados por parte de un Proveedor que No Pertenece al Plan en la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o de un Proveedor cancelado del Plan en la fecha de finalización del contrato con este.
- En el caso de Miembros nuevos, usted debe haberse inscrito en el Plan de Salud y no haber tenido la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro (incluida alguna opción fuera de la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor que No Pertenece al Plan.
- El proveedor debe aceptar nuestros términos y condiciones contractuales estándar, tales como los relacionados con el pago y la prestación de Servicios dentro de nuestra Área de Servicio (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro de nuestra Área de Servicio no se aplica si estaba recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio en el momento en que se canceló el contrato con el proveedor).
- Los Servicios deberían estar cubiertos según esta EOC si los brindase un Proveedor del Plan.
- Usted debe solicitar la finalización de los Servicios dentro de los 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o de la finalización del contrato con el Proveedor del Plan.

Para que se cubra la finalización de los Servicios, usted pagará el Costo Compartido requerido por los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Más información

Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar Servicios o una copia de nuestra política sobre “Finalización de los Servicios Cubiertos”, llame a Servicio a los Miembros.

Traslado y Alojamiento para Determinados Servicios

Los siguientes son ejemplos de cuándo proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por determinados gastos de traslado y alojamiento de acuerdo con la Descripción del Programa de Traslado y Alojamiento:

- Si el Grupo Médico lo refiere a un proveedor que está a más de 50 millas de donde usted vive para recibir determinados Servicios especializados, como cirugía bariátrica, cirugía torácica compleja, nefrectomía para trasplante o quimioterapia para leucemia o linfoma de pacientes hospitalizados.
- Si el Grupo Médico le refiere a un proveedor que está fuera del Área de Servicio de su Región Base para recibir determinados Servicios especializados, como un trasplante o una cirugía para cambio de sexo.
- Si está fuera de California y necesita un aborto en casos de emergencia o urgencia, y no puede acceder a este de manera oportuna debido a una prohibición casi total o total por la que los proveedores de atención médica no pueden brindar dichos Servicios.

Para obtener una lista completa de los Servicios especializados para los que proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por gastos de traslado y alojamiento, el monto del reembolso, las limitaciones y las exclusiones, y cómo solicitar el reembolso, consulte la Descripción del Programa de Traslado y Alojamiento. La Descripción del Programa de Traslado y Alojamiento está disponible en línea, en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (haga clic en “Español”), o puede obtenerla llamando a Servicio a los Miembros.

Segundas Opiniones

Si quiere una segunda opinión, puede solicitar a Servicio a los Miembros que le ayude a conseguirla con un Médico del Plan que sea un profesional de la salud debidamente calificado para tratar su condición.

Si ninguno de los Médicos del Plan es un profesional de la salud debidamente calificado para tratar su condición, Servicio a los Miembros coordinará una consulta para solicitar una segunda opinión de un Médico que No Pertenece al Plan. Para los fines de la cláusula “Segundas Opiniones”, se considera que un “profesional de la salud debidamente calificado” es un médico que actúa dentro del alcance de su práctica y que tiene conocimientos clínicos (incluidas capacitación y experiencia) relacionados con la enfermedad o condición respecto a la que se solicita una segunda opinión médica.

A continuación, se presentan algunos ejemplos en los que es posible que se proporcione o autorice una segunda opinión:

- Su Médico del Plan le recomienda un procedimiento y usted no está seguro de si es razonable o necesario hacerlo.
- Usted cuestiona un diagnóstico o un plan de atención para una condición que representa un riesgo de disfunción importante o de pérdida de la vida, las extremidades o las funciones del organismo.
- Las instrucciones médicas son poco claras o complejas y difíciles de entender.
- Se duda de un diagnóstico debido a resultados inconsistentes de las pruebas.
- El Médico del Plan no puede diagnosticar la enfermedad.
- Teniendo en cuenta el diagnóstico y el plan de atención, el plan de tratamiento en curso no mejora su condición médica en un periodo apropiado.
- Tiene dudas sobre el diagnóstico o el plan de atención.

Se le proporcionará una autorización o denegación de su solicitud de una segunda opinión de manera oportuna, según corresponda para su condición. Si su solicitud de una segunda opinión se deniega, se le notificarán por escrito las razones de la denegación y su derecho a presentar una queja formal según se describe en “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”.

Para estos Servicios por referencia, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Contratos con Proveedores del Plan

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 coordinar los Servicios médicos y hospitalarios para los Miembros, visite nuestro sitio web, en kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros.

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que deba pagar el precio total de los Servicios no cubiertos que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores que No Pertenecen al Plan.

Cuando se le refiera a un Proveedor del Plan para recibir Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios de ese proveedor, según se describe en esta *EOC*.

Cancelación del contrato de un Proveedor del Plan

Si cancelamos un contrato con un Proveedor del Plan mientras usted recibe su atención, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que reciba de ese proveedor mientras coordinamos que otro Proveedor del Plan le brinde los Servicios y le notificaremos sobre estos acuerdos. Es posible que sea elegible para recibir Servicios de un proveedor cancelado; consulte “Finalización de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan” en “Cómo Obtener una Referencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Hospitales y grupos de proveedores

Si le asignan a un hospital o un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finalizará, o si vive en un radio de 15 millas de un hospital que dejará de pertenecer a nuestra red, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o lo antes razonablemente posible).

Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base

Para obtener información sobre su cobertura cuando esté lejos de casa, visite nuestro sitio web, en kp.org/viajero. También puede llamar a la Línea de Atención para Viajeros, al **1-951-268-3900**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

Cómo recibir atención en otra área de servicio de Kaiser Permanente

Si está de visita en otra área de servicio de Kaiser Permanente, puede obtener ciertos Servicios cubiertos de proveedores designados allí. Esto está sujeto a exclusiones, limitaciones, requisitos de aprobación o autorización previa y reducciones. Para obtener más información sobre cómo recibir Servicios cubiertos en otra área de servicio de Kaiser Permanente, incluso para saber cuáles son los proveedores y la ubicación de los centros de atención, visite kp.org/viajero o llame a nuestra Línea de Atención para Viajeros, al **1-951-268-3900**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

Por los Servicios cubiertos que recibe en otra área de servicio de Kaiser Permanente, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan dentro del Área de Servicio, según se describe en esta *EOC*.

Cómo recibir atención fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente

Si está de viaje fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, cubrimos Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

Su Tarjeta de Identificación

La tarjeta de identificación de Kaiser Permanente de cada Miembro tiene un número de historia clínica que necesitará cuando llame para hacer una cita o recibir consejos, o cuando consulte a un proveedor para recibir atención con cobertura. Cuando reciba atención, lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con foto. Su número de historia clínica se usa para identificar su 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.

Su tarjeta de identificación se usará únicamente para fines de identificación. Para recibir Servicios cubiertos, debe ser un Miembro activo. A las personas que no sean Miembros se les facturará como no Miembros por cualquier Servicio que reciban. Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación, tendremos derecho a retener la tarjeta y cancelar su membresía, según se describe en “Cancelación con Causa” en la sección “Cancelación de la Membresía”.

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 debe esperar cuando solicite una cita.

- Cita para atención de urgencia: dentro de las 48 horas.
- Cita para atención primaria de rutina (no urgentes), incluidas las citas de medicina interna/para adultos, pediatría y medicina familiar: dentro de los 10 días hábiles.
- Cita para atención especializada de rutina (no urgente) con un médico: dentro de los 15 días hábiles.

- Cita para atención de salud mental (no urgente) de rutina o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional de la salud que no sea un médico: dentro de los 10 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental (no urgente) de seguimiento o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional de la salud que no sea un médico, para aquellos que se someten a un tratamiento por una enfermedad continua de salud mental o debido a un trastorno por uso de sustancias: dentro de los 10 días hábiles.

Si prefiere una cita más tarde que se adapte mejor a su calendario o si desea ver a un Proveedor del Plan específico, respetaremos su preferencia. En algunos casos, es posible que la espera sea más larga que el tiempo mencionado si un profesional del cuidado de la salud con licencia decide que una cita en una fecha posterior no tendrá un efecto negativo en su salud.

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. Excepto por lo especificado anteriormente para el tratamiento de la atención de salud mental y el trastorno por uso de sustancias, las normas tampoco se aplican a la atención de seguimiento para los problemas de salud continuos ni a las referencias a especialistas.

Acceso oportuno a la ayuda por teléfono

El DMHC estableció las siguientes normas para responder las preguntas telefónicas:

- Para consejos telefónicos sobre si necesita recibir atención y a dónde debe acudir para recibirla: en un plazo de 30 minutos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Para 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 Servicios 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 uso de sustancias

Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de las evidencias de cobertura:

Tiene derecho a recibir servicios de salud mental o trastorno por uso de sustancias (*Mental Health/substance Use Disorder*, MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite.

Si el Plan de Salud no puede coordinar esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y coordinar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar nada más que el costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no supere los 10 días hábiles desde que solicitó los servicios al plan de salud.

Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no necesita autorización previa para la cita) o dentro de 96 horas (si se necesita autorización previa).

Si su plan de salud no consigue coordinar los servicios dentro de estos plazos y según 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 dentro 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: 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 Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web, en <http://www.healthhelp.ca.gov>, para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

Cómo Obtener Ayuda

Nuestro objetivo es que esté conforme con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento.

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 de Kaiser Permanente.

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

Por teléfono **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación)
1-800-788-0616 (español)
1-800-757-7585 (dialectos chinos)
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

En persona Oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Por escrito Oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Mediante el kp.org/espanol sitio web

Estimaciones del Costo Compartido

Para obtener información sobre las estimaciones, consulte “Cómo obtener una estimación de su Costo Compartido” en “Su Costo Compartido” en la sección “Beneficios”.

Centros de Atención del Plan

Los Consultorios Médicos del Plan y los Hospitales del Plan se detallan en el Directorio de Proveedores de su Región Base. En el directorio, se describen los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro de Atención del Plan, ya que algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos.

Este directorio está disponible en nuestro sitio web, en 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 Servicios cubiertos que necesite, lo que incluye atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. No está limitado a un Centro de Atención del Plan específico, y le sugerimos visitar el que le resulte más conveniente:

- Todos los Hospitales del Plan brindan Servicios para pacientes hospitalizados y están abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los Hospitales del Plan (para conocer las ubicaciones de estos departamentos, 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 tienen una oficina de Servicio a los Miembros (para conocer las ubicaciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en los documentos de las evidencias de cobertura:

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 parto; tratamientos para la infertilidad; o aborto. Procure obtener más información antes de inscribirse. Comuníquese con el médico, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica que lo va a atender, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente para asegurarse de que pueda recibir los servicios de atención médica que necesita.

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.

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Servicios de Emergencia

Si tiene una Condición Médica de Emergencia, llame al 911 (donde esté disponible) o acuda al Departamento de Emergencias más cercano. No necesita autorización previa para recibir Servicios de Emergencia. Si tiene una Condición Médica de Emergencia, cubriremos los Servicios de Emergencia que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores que No Pertenecen al Plan, en cualquier lugar del mundo.

Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los Hospitales del Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención de Postestabilización

Si recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan en California o de un centro de atención de la Red de PPO de Cigna Healthcare en un Estado donde Kaiser Permanente no opera

Cuando usted recibe Servicios de Emergencia, cubrimos la Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan solo si se obtiene autorización previa para la atención según se describe más adelante o si las leyes correspondientes exigen que se proporcione (“autorización previa” significa que los Servicios se deben aprobar con antelación).

- **Autorización de la Atención de Postestabilización en un centro de atención de la Red de PPO de Cigna Healthcare en un Estado donde Kaiser Permanente no opera:** Si no se encuentra en un estado donde Kaiser Permanente opere y recibió tratamiento en un centro de atención de la Red de PPO de Cigna Healthcare por una Condición Médica de Emergencia, Cigna Payer Solutions es responsable de autorizar la Atención de Postestabilización.
- **Autorización de la Atención de Postestabilización de otro Proveedor que No Pertenece al Plan (incluidos los centros de atención de la Red de PPO de Cigna Healthcare en un Estado donde Kaiser Permanente opera):** Para solicitar una autorización previa, el Proveedor que No Pertenece al Plan debe llamar al **1-800-225-8883** o al número de teléfono de notificaciones que figura en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente *antes* de que usted reciba los cuidados. Analizaremos su condición con el Proveedor que No Pertenece al Plan.

Si determinamos que requiere Cuidados Postestabilización y que dicha atención es parte de sus beneficios cubiertos, autorizaremos los cuidados por parte del Proveedor que No Pertenece al Plan o haremos los arreglos necesarios para que un Proveedor del Plan (u otro proveedor designado) proporcione la atención. Si decidimos que un Hospital del Plan, un Centro de Enfermería Especializada del Plan o un Proveedor designado que No Pertenece al Plan proporcionen la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte especiales que sean médicamente necesarios para su traslado hacia el consultorio del proveedor. Es posible que esto incluya medios de transporte que, en otras circunstancias, no estarían cubiertos.

Asegúrese de pedirle al Proveedor que No Pertenece al Plan que le diga qué atención (incluido el transporte) hemos autorizado, ya que no cubriremos la Atención de Postestabilización ni el transporte relacionado que brinden Proveedores que No Pertenecen al Plan y no se hayan autorizado. Si recibe atención de un Proveedor que No Pertenece al Plan sin que la hayamos autorizado, es posible que deba pagar su costo total. Si ingresa en un Hospital que No Pertenece al Plan o un Departamento de Emergencias independiente, avísenos lo más pronto posible llamando al **1-800-225-8883** o al número de teléfono para notificaciones que figura en su tarjeta de identificación.

Si recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan fuera de la Red de PPO de Cigna Healthcare y fuera de California

Después de que recibe Servicios de Emergencia de Proveedores que No Pertenecen al Plan y su condición se Estabiliza, la Atención de Postestabilización se considera un Servicio de Emergencia según las leyes federales si se cumple alguna de estas condiciones:

- El médico tratante determina que usted no puede viajar en un transporte que no sea de emergencia hasta un Proveedor del Plan disponible ubicado dentro de una distancia de viaje razonable y en consideración de su condición médica.
- El médico tratante determina, según un criterio médico apropiado, que usted no está en condición de recibir ni dar su consentimiento para el formulario de aviso y consentimiento del Proveedor que No Pertenece al Plan, de acuerdo con la ley estatal correspondiente relacionada con el consentimiento informado.

La autorización previa para la Atención de Postestabilización con un Proveedor que No Pertenece al Plan no será necesaria si la Atención de Postestabilización se considera un Servicio de Emergencia según los criterios anteriores.

Si la Atención de Postestabilización no se considera un Servicio de Emergencia, los Servicios no están cubiertos a menos que tenga la autorización previa del Plan de Salud, según se describe anteriormente en “Autorización de la Atención de Postestabilización de otro Proveedor que No Pertenece al Plan (incluidos los centros de atención de la Red de PPO de Cigna Healthcare en un Estado donde Kaiser Permanente opera)”.

Los Proveedores que No Pertenece al plan y no se encuentran en California pueden proporcionarle un aviso y solicitar su consentimiento para renunciar a la protección contra la facturación de saldos, según la Ley Federal de No Sorpresas, si dicho consentimiento está permitido conforme a la ley estatal correspondiente relacionada con el consentimiento informado. Si otorga su consentimiento para renunciar a la protección contra la facturación de saldos y recibe Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan, tendrá que pagar el costo total de los Servicios.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido de los Servicios de Emergencia y la Atención de Postestabilización cubiertos se describe en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Su Costo Compartido es el mismo, independientemente de que reciba Servicios de un Proveedor del Plan o de un Proveedor que No Pertenece al Plan. Por ejemplo:

- Si recibe Servicios de Emergencia en el Departamento de Emergencias de un Hospital que No Pertenece al Plan, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.
- Si concedimos autorización previa para la Atención de Postestabilización como paciente hospitalizado en un Hospital que No Pertenece al Plan, usted paga el Costo Compartido de los Servicios para pacientes hospitalizados, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Servicios para pacientes hospitalizados”.
- Si concedimos autorización previa para el equipo médico duradero después del alta de un Hospital que No Pertenece al Plan, usted paga el Costo Compartido del equipo médico duradero según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar”.
- Si recibe pruebas de laboratorio o vacunas para el COVID-19 en el Departamento de Emergencias, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

- Si obtiene una receta relacionada con su Condición Médica de Emergencia en el Departamento de Emergencias, usted paga el Costo Compartido indicado en “La mayoría de los artículos” en el “Resumen del Costo Compartido” de “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la visita al Departamento de Emergencias.

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio

Una necesidad de Atención de Urgencia es aquella que requiere atención médica sin demora, pero que no llega a ser una Condición Médica de Emergencia. Si considera que podría necesitar Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos de un Centro de Atención del Plan. Si quiere conocer los números de teléfono para citas y consejos, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Atención de Urgencia Fuera del Área

Si necesita Atención de Urgencia por una enfermedad, lesión o complicación imprevista de una condición existente (incluido el embarazo), cubrimos los Servicios Médicamente Necesarios para evitar el deterioro grave de su salud (o la de su bebé no nacido) que le proporcione un Proveedor que No Pertenece al Plan si se cumplen todas estas condiciones:

- Recibió los Servicios de Proveedores que No Pertenece al Plan cuando estaba temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio.
- Una persona sensata hubiese considerado que su salud (o la del bebé no nacido) correría un riesgo grave de deterioro si el tratamiento se demoraba hasta que regresase al Área de Servicio.

No necesita autorización previa para la Atención de Urgencia Fuera del Área. Cubrimos la Atención de Urgencia Fuera del Área que reciba de Proveedores que No Pertenece al Plan si los Servicios hubieran estado cubiertos según esta *EOC* en caso de haberlos recibido de Proveedores del Plan.

Para obtener atención de seguimiento de un Proveedor del Plan, llame al número de teléfono para citas o consejos de un Centro de Atención del Plan. Para conocer los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros. No cubrimos la atención de seguimiento de los Proveedores que No Pertenece al Plan después de que ya no necesite la Atención de Urgencia, excepto para el equipo médico duradero cubierto según esta *EOC*. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero que se cubre según esta *EOC*, consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios”.

Si requiere equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia después de recibir Atención de Urgencia Fuera del Área, su proveedor deberá obtener una autorización previa, según se describe en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido de la Atención de Urgencia cubierta es el Costo Compartido requerido para los Servicios brindados por los Proveedores del Plan, según se describe en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Por ejemplo:

- Si recibe una evaluación de Atención de Urgencia como parte de la Atención de Urgencia Fuera del Área cubierta por un Proveedor que No Pertenece al Plan, usted paga el Costo Compartido de las consultas, las evaluaciones y el tratamiento de Atención de Urgencia, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.
- Si la Atención de Urgencia Fuera del Área que recibe incluye radiografías, usted paga el Costo Compartido de las radiografías, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia.
- Si la Atención de Urgencia Fuera del Área que recibe incluye una prueba de COVID-19, usted paga el Costo Compartido de la prueba, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia.
- Si obtiene un medicamento como parte de su visita de Atención de Urgencia Fuera del Área relacionada con la condición por la que obtuvo Atención de Urgencia, usted paga el Costo Compartido indicado en “La mayoría de los artículos” en el “Resumen del Costo Compartido” de “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia.
- Si concedimos autorización previa para el equipo médico duradero proporcionado como parte de la Atención de Urgencia Fuera del Área, usted paga el Costo Compartido del equipo médico duradero según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar”.

Nota: Si recibe Atención de Urgencia en un Departamento de Emergencias, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, según se describe en el “Resumen del Costo Compartido” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

Pagos y Reembolsos

Si recibe Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que No Pertenece al Plan, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, o Servicios de ambulancia de emergencia según se describe en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”, usted no es responsable de pagar ningún monto que supere el Costo Compartido de los Servicios cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo de reembolso. Además, se le podrá requerir que pague y presente un reclamo por cualquier Servicio solicitado por un Proveedor que No Pertenece al Plan como parte de Servicios de Emergencia, Cuidados Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos, incluso si recibe Servicios de un Proveedor del Plan, como una Farmacia del Plan.

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”.

Beneficios

En esta sección, se describen los Servicios que están cubiertos según esta *EOC*.

Los Servicios están cubiertos según esta *EOC* como se describe de manera específica en esta *EOC*. Los Servicios que no se describen de manera específica en esta *EOC* no están cubiertos, excepto cuando lo exija la ley estatal o federal. Los Servicios están sujetos a las exclusiones y limitaciones descritas en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”. Salvo que se especifique lo contrario en esta *EOC*, se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Debe ser Miembro en la fecha en la que reciba los Servicios.
- Los Servicios son Medicamento Necesarios.
- Los Servicios son alguno de los siguientes:
 - ◆ Servicios Preventivos;
 - ◆ Artículos y servicios de atención médica para diagnóstico, evaluación o tratamiento;
 - ◆ Educación para la salud cubierta conforme a “Educación para la Salud” en la sección “Beneficios”;
 - ◆ Otros artículos y servicios de atención médica.
- Los Servicios deben ser proporcionados, recetados, autorizados o indicados por un Médico del Plan, excepto por los siguientes:
 - ◆ Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” de la sección “Cómo Obtener Servicios”;

- ◆ Servicios relacionados con el COVID-19 de Proveedores que No Pertenecen al Plan, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” más adelante;
- ◆ Medicamentos recetados por dentistas, según se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” más adelante;
- ◆ Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe más adelante en “Servicios de Ambulancia”;
- ◆ Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”;
- ◆ Anteojos y lentes de contacto que han recetado Proveedores que No Pertenecen al Plan, según se describe en “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” y en “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos” más adelante.
- Usted debe recibir los Servicios de Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio, excepto por los siguientes:
 - ◆ Referencias autorizadas, según se describe en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”;
 - ◆ Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” de la sección “Cómo Obtener Servicios”;
 - ◆ Servicios relacionados con el COVID-19 de Proveedores que No Pertenecen al Plan, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” más adelante;
 - ◆ Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de Ambulancia” más adelante;
 - ◆ Servicios de Emergencia, Cuidados Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”;
 - ◆ Cuidados paliativos, según se describe en “Cuidados Paliativos” más adelante.
- El Grupo Médico debe conceder una autorización previa para los Servicios, en caso de que se requiera, según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.

También consulte los siguientes recursos:

- La sección de “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para obtener información sobre cómo acceder a los Servicios de Emergencia, los Cuidados Postestabilización y la Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos.
- Nuestro Directorio de Proveedores para conocer los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro de Atención del Plan, ya que algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido es el monto que usted debe pagar por los Servicios cubiertos. Por ejemplo, es posible que su Costo Compartido sea un Copago o un Coseguro.

Si su cobertura incluye un Deducible del Plan y recibe Servicios que están sujetos al Deducible del Plan, su Costo Compartido para esos Servicios se volverá 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 de esos Servicios se volverá un Cargo hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

Para conocer el monto que pagará por los Servicios, consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Reglas generales, ejemplos y excepciones

Su Costo Compartido de los Servicios cubiertos será el que esté vigente en la fecha en la que reciba los Servicios, con las siguientes excepciones:

- Si recibe Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o en un Centro de Enfermería Especializada el día en que entra en vigencia esta *EOC*, usted paga el Costo Compartido vigente en su fecha de hospitalización hasta que le den el alta si los Servicios estaban cubiertos según la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior y si no existió ninguna interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los Servicios no estaban cubiertos según la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior o si existió una interrupción en la cobertura, usted paga el Costo Compartido vigente en la fecha en que recibió los Servicios.
- Para los artículos que se solicitan con anticipación, deberá pagar el Costo Compartido vigente en la fecha en la que se haga el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en el que lo reciba) y es posible que deba pagar el Costo Compartido cuando se ordene el artículo. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en la que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta médica.

Costo Compartido de Servicios que reciba el bebé recién nacido de un Miembro

Durante los 31 días de la cobertura automática para recién nacidos que se describe en “Si tiene un bebé” en “Quién es Elegible” de la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, el padre, la madre o el tutor del recién nacido debe pagar el Costo Compartido indicado en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC por cualquier Servicio que reciba el recién nacido, independientemente de si está inscrito o no. Cuando el “Resumen del Costo Compartido” indique que los Servicios están sujetos al Deducible del Plan, el Costo Compartido de dichos Servicios se cobrará si el recién nacido no ha alcanzado el Deducible del Plan.

Pago que se tiene en cuenta para su Costo Compartido (y cuándo se le puede facturar)

En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará que haga un pago por el Costo Compartido en el momento en que reciba los Servicios. Si recibe más de un tipo de Servicio (como un examen de mantenimiento físico de rutina y análisis de laboratorio), se le puede pedir que pague Costos Compartidos separados por cada uno de esos Servicios. Tenga en cuenta que es posible que este pago cubra solo una parte del Costo Compartido total por los Servicios que reciba, y recibirá una factura por cualquier cantidad adicional que deba. Los siguientes son ejemplos de cuándo se le puede pedir que pague (o se le puede facturar) el Costo Compartido, además del monto que paga cuando se registra:

- Usted recibe Servicios no preventivos durante una consulta preventiva. Por ejemplo, acude a un examen de mantenimiento físico de rutina y paga el Costo Compartido del examen preventivo durante el registro (su Costo Compartido puede ser “sin cargo”). Sin embargo, durante su examen preventivo, su proveedor encuentra un problema de salud y le ordena Servicios no preventivos para diagnosticarlo (por ejemplo, análisis de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico no preventivos adicionales.
- Recibe Servicios de diagnóstico durante una visita de tratamiento. Por ejemplo, ingresa para el tratamiento de una condición médica existente y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de una consulta de tratamiento. Sin embargo, durante la consulta, su proveedor descubre un nuevo problema de salud y le hace u ordena Servicios de diagnóstico (por ejemplo, análisis de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico adicionales.
- Usted recibe Servicios de tratamiento durante una consulta de diagnóstico. Por ejemplo, acude para un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico.

Sin embargo, durante el examen de diagnóstico, su proveedor confirma un problema de salud y le proporciona Servicios de tratamiento (un procedimiento para pacientes ambulatorios, por ejemplo). Se le podría pedir que pague (o se le facturará) el Costo Compartido de estos Servicios de tratamiento adicionales.

- Recibe Servicios de un segundo proveedor durante su consulta. Por ejemplo, acude para un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico, su proveedor solicita una consulta con un especialista. Se le podría pedir que pague (o se le facturará) el Costo Compartido de la consulta con el especialista.

En algunos casos, su proveedor no le pedirá que pague en el momento de recibir los Servicios y se le facturará para su Costo Compartido (por ejemplo, algunos Departamentos de Laboratorio no pueden cobrar el Costo Compartido, o su Proveedor del Plan no puede cobrar el Costo Compartido, si hubiese, por las Consultas de Telesalud que recibe en su hogar).

Cuando le enviemos una factura, incluirá una lista de los Cargos por los Servicios que haya recibido, los pagos y los créditos que correspondan a su cuenta, y cualquier cantidad que deba. Es posible que su factura actual no siempre refleje sus Cargos y pagos más recientes. Los Cargos y pagos que no aparezcan en la factura actual se verán reflejados en una de sus siguientes facturas. También es posible que a veces vea un pago, pero no los Cargos relacionados por un Servicio. Esto podría deberse a que su pago se registró antes de que se procesaran los Cargos por los Servicios. Si esto ocurre, los Cargos aparecerán más adelante, en otra factura. Además, podría recibir más de una factura por una visita que haya hecho como paciente ambulatorio o por una hospitalización. Por ejemplo, podría recibir una factura por los servicios del médico y otra factura por los servicios hospitalarios. Si no ve todos los Cargos de los Servicios en una factura, aparecerán en una factura posterior. Si determinamos que pagó de más y que le corresponde un reembolso, se lo enviaremos en un plazo de cuatro semanas después de haber llegado a esa determinación. Si tiene preguntas sobre una factura, llame al número de teléfono que figura en la factura.

En algunos casos, es posible que un Proveedor que No Pertenece al Plan esté involucrado en la prestación de los Servicios 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 Servicios cubiertos que reciba en los Centros de Atención del Plan o en los centros de atención contratados en donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturar a Kaiser Permanente, 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 Posteriores al Servicio”.

Consulte la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para obtener más información sobre cuándo se le podrían facturar los Servicios de Emergencia, la Atención de Postestabilización y la Atención de Urgencia Fuera del Área.

Reembolso de Servicios relacionados con el COVID-19 de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Si recibe Servicios relacionados con el COVID-19 cubiertos de Proveedores que No Pertenecen al Plan, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”, es posible que deba pagar los Servicios y presentar un reclamo de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte “Reclamos Iniciales” en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”.

Visitas de Atención Primaria, Visitas a Especialistas No Médicos y Visitas a Especialistas Médicos

El Costo Compartido por las Consultas de Atención Primaria corresponde a evaluaciones y tratamientos con médicos generalistas de medicina interna, pediatría o medicina familiar, y con especialistas en obstetricia/ginecología que el Grupo Médico designe como Médicos de Atención Primaria. Algunos especialistas médicos proporcionan atención primaria además de la atención especializada, pero no son designados como Médicos de Atención Primaria. Si recibe Servicios de uno de estos especialistas, el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico se aplicará a todas las visitas, las evaluaciones y los tratamientos proporcionados por el especialista, excepto los exámenes y el asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios Preventivos” de la sección “Beneficios”. Por ejemplo, si su Médico del Plan es especialista en medicina interna o en obstetricia/ginecología y no es Médico de Atención Primaria, usted pagará el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico por todas las visitas, las evaluaciones y los tratamientos a cargo del especialista, excepto los exámenes y el asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios Preventivos” de la sección “Beneficios”. El Costo compartido por las Consultas con un Especialista No Médico se aplica a las consultas, las evaluaciones y los tratamientos a cargo de especialistas no médicos (tales como enfermeros practicantes, ayudantes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Servicios no cubiertos

Si recibe Servicios que no están cubiertos según esta EOC, es posible que tenga que pagar el costo total de esos Servicios. Los pagos de estos Servicios no cubiertos no se tienen en cuenta para el deducible ni para el gasto máximo de bolsillo.

Límites de beneficios

Algunos beneficios pueden incluir un límite de cobertura en el número de visitas, días, ciclos de tratamiento o monto en dólares conforme a su plan durante un periodo específico. Si un beneficio incluye un límite, este se indicará en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC. El periodo asociado con el límite de beneficios no será el mismo que la vigencia de esta EOC. Tomaremos en cuenta todos los Servicios que reciba durante el periodo del límite de beneficios hasta llegar al límite, incluidos los Servicios que recibió según la EOC de un Plan de Salud anterior (siempre que tenga una cobertura continua con el Plan de Salud). Nota:

No tomaremos en cuenta los Servicios que recibió según la EOC de un Plan de Salud anterior, cuando se inscribió por primera vez en una cobertura de plan individual o en un plan de grupo de un nuevo empleador, cuando cambió de una cobertura de plan de grupo a una individual (o viceversa) o cuando recibió Servicios conforme a la evidencia de cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage. Si está inscrito en el plan Kaiser Permanente POS, consulte su *Certificado de Seguro* y la *Lista de Cobertura* de KPIC para conocer los límites de beneficios que se aplican a su cobertura de indemnización independiente proporcionada por Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Cómo obtener una estimación de su Costo Compartido

Si tiene preguntas sobre el Costo Compartido de Servicios específicos que espera recibir o que su proveedor solicita durante una visita o un procedimiento, consulte 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 una estimación de los Servicios que están sujetos al este, llame al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 5 p. m. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC para saber si tiene un Deducible del Plan.
- Para todas las demás estimaciones del Costo Compartido, llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

Las estimaciones del Costo Compartido se basan en sus beneficios y en los Servicios que espera recibir. Son una proyección de los costos; no son garantía del costo final de los Servicios. Es posible que su costo final sea mayor o menor que el estimado, ya que no pueden saberse de antemano todos los detalles relacionados con su atención.

Deducible de Medicamentos

Esta EOC no incluye un Deducible de Medicamentos.

Deducible del Plan

Esta EOC no incluye un Deducible del Plan.

Copagos y Coseguro

En esta *EOC*, se describe el Copago o el Coseguro que debe pagar por cada Servicio cubierto, una vez que haya alcanzado todo el deducible aplicable.

Nota: Si los Cargos por Servicios son menores que el Copago descrito en esta *EOC*, usted pagará el monto menor, sujeto a cualquier deducible o gasto máximo de bolsillo aplicable.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

Según esta *EOC*, existe un límite para el monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Periodo de Acumulación por los Servicios cubiertos que reciba durante el mismo Periodo de Acumulación.

Los Servicios que se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan se describen en la sección “Pagos que cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” más adelante. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer sus montos aplicables de Gastos Máximos de Bolsillo del Plan.

Si forma parte de una Familia con dos o más Miembros, alcanza el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan cuando se cubre el monto máximo de uno de los Miembros o cuando la Familia alcanza el monto máximo de la Familia. Por ejemplo, supongamos que alcanzó el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan para alguno de los Miembros. Para los Servicios sujetos al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan, no pagará ningún otro Costo Compartido durante el resto del Periodo de Acumulación. Sin embargo, los demás Miembros de su Familia deberán seguir pagando el Costo Compartido durante el resto del Periodo de Acumulación hasta que cualquiera de los Miembros alcance el monto máximo o hasta que toda la Familia alcance el monto máximo de Familia.

Pagos que cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

Cualquier pago que haga para alcanzar el Deducible del Plan o el Deducible de Medicamentos, si corresponde, cuenta para alcanzar el monto máximo.

La mayoría de los Copagos y Coseguros que paga por los Servicios cubiertos se aplican para el gasto máximo; sin embargo, algunos podrían no aplicarse. Para saber si un Copago o Coseguro por un Servicio cubierto se aplicará, consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Si su plan incluye Servicios dentales pediátricos descritos en una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos de esta *EOC*, dichos Servicios contarán para alcanzar el monto máximo. Si su plan tiene una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos, se adjuntará a esta *EOC* y se incluirá en su Índice.

Acumulaciones con relación a deducibles y gastos máximos de bolsillo

Para saber cuánto le falta para alcanzar los deducibles, si hubiese, 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 de acumulación cada mes que reciba Servicios hasta que alcance sus gastos máximos de bolsillo individuales o hasta que la Familia alcance los gastos máximos de bolsillo de la Familia.

Le proporcionaremos información sobre el saldo de acumulación por correo, a menos que haya optado por recibir avisos de forma electrónica.

Puede cambiar sus preferencias de envío de documentos en cualquier momento. Para ello, visite kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Medicamentos y Productos Administrados

Los medicamentos y los productos administrados son aquellos que requieren administración u observación por parte del personal médico, como los siguientes:

- Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas;
- Antígenos de alergias (incluida la administración);
- Medicamentos y complementos para quimioterapia;
- Medicamentos y productos administrados por terapia o inyección intravenosa que no sean para quimioterapia contra el cáncer, incluidos los productos del factor sanguíneo y productos biológicos derivados del tejido, las células o la sangre;
- Todos los demás medicamentos y productos administrados.

Cubrimos estos artículos cuando los receta un Proveedor del Plan de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y se administran en un Centro de Atención del Plan o durante las visitas a domicilio.

Ciertos medicamentos administrados son Servicios Preventivos. Consulte “Servicios de Salud Reproductiva” para obtener información sobre anticonceptivos administrados y vaya a “Servicios Preventivos” para conocer detalles sobre vacunas.

Servicios de Ambulancia

Situaciones que son emergencias

Cubrimos los Servicios de ambulancia certificada en cualquier lugar del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta ante emergencias 911 donde esté disponible) si ocurre lo siguiente:

- Creyó razonablemente que el problema era una Condición Médica de Emergencia que requería Servicios de ambulancia.

- Su médico tratante determina que debe ser trasladado a otro centro de atención porque su Condición Médica de Emergencia no puede Estabilizarse y la atención que necesita no está disponible en el lugar de tratamiento.

Si recibe Servicios de ambulancia de emergencia que no haya solicitado un Proveedor del Plan, usted no es responsable de las cantidades fuera de su Costo Compartido para los Servicios de ambulancia de emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturar a Kaiser Permanente, 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 Posteriores al Servicio”.

Situaciones que no son emergencias

Dentro del Área de Servicio, cubrimos sin costo los Servicios de ambulancia que no son de emergencia y de traslado psiquiátrico en camioneta si un Médico del Plan determina que su condición requiere del Servicio que solo una ambulancia certificada (o servicio de traslado psiquiátrico en camioneta) puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte podría poner en riesgo su salud. Se ofrece cobertura para estos Servicios solo si el vehículo se usa para el traslado desde un centro que brinda Servicios cubiertos y de regreso.

Exclusiones en los Servicios de ambulancia

- Traslado en automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia certificada o un servicio de traslado psiquiátrico en camioneta), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un Proveedor del Plan.

Cirugía Bariátrica

Cubrimos Servicios para pacientes hospitalizados que estén relacionados con los procedimientos quirúrgicos bariátricos (entre los que se incluyen habitación y comidas, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, otros Servicios para diagnóstico y tratamiento y Servicios del Médico del Plan) cuando se realizan para tratar la obesidad por modificación del tracto gastrointestinal a fin de reducir el consumo y la absorción de nutrientes, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted completa el programa educativo de preparación prequirúrgica aprobado por el Grupo Médico con respecto a los cambios en el estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un Médico del Plan especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es Médicamente Necesaria.

Por los Servicios cubiertos relacionados con los procedimientos quirúrgicos bariátricos que reciba, deberá pagar el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuviesen asociados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a los Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).

Servicios Dentales y de Ortodoncia

Según esta *EOC*, no ofrecemos cobertura para la mayoría de los Servicios dentales y de ortodoncia; no obstante, cubrimos algunos de ellos, según se describe en la sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia”.

Para los procedimientos dentales y de ortodoncia cubiertos que reciba, pagará el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran asociados con los Servicios dentales y de ortodoncia. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a los Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Servicios dentales para radioterapia

Cubrimos exámenes dentales, radiografías, tratamientos con fluoruro y extracciones necesarios para preparar la mandíbula para radioterapia contra el cáncer en la cabeza o el cuello si un Médico del Plan presta los Servicios o si el Grupo Médico autoriza una referencia a un dentista para obtener esos Servicios (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Servicios dentales para trasplantes

Cubrimos servicios dentales Médicamente Necesarios para tratar una infección y preparar la boca para un trasplante cubierto según “Servicios de Trasplante” en la sección “Beneficios” si un Médico del Plan presta los Servicios o si el Grupo Médico autoriza una referencia a un dentista para obtener esos Servicios (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Anestesia dental

Para los procedimientos dentales que se realicen en un Centro de Atención del Plan, ofrecemos anestesia general y los Servicios del centro asociados con la anestesia si se cumplen todas estas condiciones:

- Usted tiene menos de siete años, tiene una incapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida.
- Debido su estado de salud o condición médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía para pacientes ambulatorios.
- En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general.

No cubrimos ningún otro Servicio asociado al procedimiento dental, como los Servicios del dentista.

Servicios dentales y de ortodoncia para el tratamiento del paladar hendido

Ofrecemos cobertura para extracciones dentales, procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y Servicios de ortodoncia si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los Servicios son una parte integral de una cirugía reconstructiva para el paladar hendido que cubrimos en “Cirugía Reconstructiva” de la sección “Beneficios” (“paladar hendido” incluye el paladar hendido, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido).
- Un Proveedor del Plan brinda los Servicios o el Grupo Médico autoriza una referencia a un Proveedor que No Pertenece al Plan que sea un dentista u ortodontista (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Lesión accidental de los dientes (consulte “Lesiones de los Dientes”).
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia” (consulte “Visitas al Consultorio”).
- Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”), excepto los que están cubiertos en “Anestesia dental” en esta sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia”.

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”).

Atención para Diálisis

Cubrimos Servicios de diálisis para problemas agudos y crónicos si cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio.
- Usted cumple con todos los criterios médicos del Grupo Médico y del centro de atención donde se realiza la diálisis.
- Un Médico del Plan le proporciona una referencia escrita para recibir atención en el centro.

Una vez que haya recibido la capacitación adecuada en el centro de diálisis que se designe, también cubriremos el equipo y los suministros médicos que se requieran para la hemodiálisis en el hogar y para la diálisis peritoneal en el hogar en nuestra Área de Servicio.

La cobertura se limita al equipo o los suministros estándares que satisfagan de manera adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo y los suministros, y seleccionamos al proveedor. Deberá devolvemos el equipo y los suministros médicos sin usar o pagar el precio justo del mercado por ellos cuando ya no tengan cobertura.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipo médico duradero para uso en el hogar (consulte “Equipo Médico Duradero [DME] para Uso en el Hogar”).
- Servicios para pacientes hospitalizados (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados”).
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Atención para Diálisis” (consulte “Visitas al Consultorio”).
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”).

Exclusiones en la atención para diálisis

- Artículos, suministros y equipos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Artículos no médicos, tales como generadores o accesorios que hagan portátil el equipo de diálisis en el hogar para viajar.

Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar

Reglas de cobertura para el equipo médico duradero

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) para uso en el hogar es un artículo que cumple los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarlo repetidamente.
- El artículo se usa principal y habitualmente para un objetivo médico.
- El artículo es útil solamente para una persona con una lesión o enfermedad.
- El artículo es adecuado para su uso en el hogar.

Para que se cubra el DME, deberá cumplir todos los siguientes requisitos:

- Su *EOC* incluye cobertura para el DME solicitado.
- Un Médico del Plan recetó el DME por su condición médica.
- Se le aprobó el artículo a través del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en el título “Cómo Obtener una Referencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio.

La cobertura se limita al equipo o los suministros estándares que satisfagan de manera adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo o pagar el precio justo del mercado por él cuando ya no tenga cobertura.

Artículos Básicos de DME

Cubrimos los Artículos Básicos de DME (lo que incluye la reparación y el cambio del equipo cubierto) si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura para el equipo médico duradero” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”.

“Artículos Básicos de DME” se refiere a los siguientes artículos:

- Monitores de glucosa en la sangre para hacer análisis de sangre de diabetes y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas);
- Estimulador óseo;
- Bastones (estándar o de cuatro apoyos) y los suministros de reemplazo;
- Tracción cervical (para ser instalada sobre la puerta);
- Muletas (estándar o de antebrazo) y los suministros de reemplazo;
- Almohadilla seca de presión para el colchón;
- Bombas de infusión (como las bombas de insulina) y los suministros para operar la bomba;
- Poste para vía intravenosa;
- Nebulizadores y suministros;
- Medidores de flujo máximo;
- Mantas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos.

Artículos adicionales de DME

Cubrimos el DME que no se describe en “Artículos Básicos de DME” ni en “Suministros para la lactancia materna” (lo que incluye la reparación y el cambio del equipo cubierto) si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura para el DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”.

Suministros para la lactancia materna

Cubrimos un extractor de leche regular por embarazo junto con los suministros relacionados, según se detalla en nuestro sitio web, kp.org/prevencion. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el artículo y seleccionamos al proveedor. Cubrimos el extractor para su comodidad. El extractor no necesita autorización previa.

Si usted o su bebé tienen una condición médica que requiera el uso de un extractor de leche, cubriremos un extractor de leche de hospital y los suministros necesarios para operarlo, de acuerdo con las reglas de cobertura descritas en “Reglas de cobertura para el DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”.

Fuera del Área de Servicio

No cubrimos la mayoría del DME para uso en el hogar fuera del Área de Servicio. Sin embargo, si vive fuera de nuestra Área de Servicio, cubriremos los siguientes DME (sujetos a los Costos Compartidos y demás requisitos de cobertura que

se aplican a los DME para uso en el hogar dentro de nuestra Área de Servicio) si el artículo se proporciona en un Centro de Atención del Plan:

- Monitores de glucosa en la sangre para hacer análisis de sangre de diabetes y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas) de una Farmacia del Plan;
- Bastones (mango curvo estándar);
- Muletas (estándar);
- bombas de insulina y suministros para operarlas, después de haber completado la capacitación y la información sobre el uso de la bomba;
- Nebulizadores y sus suministros para el tratamiento del asma pediátrica;
- Medidores de flujo máximo de una Farmacia del Plan.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipo de diálisis y suministros necesarios para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en el hogar (consulte “Atención para Diálisis”).
- Suministros para análisis de orina en diabéticos y dispositivos para la administración de insulina, excepto las bombas de insulina (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Equipo médico duradero relacionado con una Condición Médica de Emergencia o un episodio de Atención de Urgencia (consulte “Cuidados Postestabilización” y “Atención de Urgencia Fuera del Área”).
- Equipo médico duradero relacionado con enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados Paliativos”).
- Insulina y otros medicamentos administrados con una bomba de infusión (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

Exclusiones en el DME para uso en el hogar

- Artículos o equipos para comodidad, conveniencia o lujo, excepto los extractores de leche regulares, según se describe en “Suministros para la lactancia materna” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”.
- Artículos no destinados a mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipos de ejercicio (incluidos los dispositivos destinados a proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas).
- Equipo de higiene.
- Artículos no médicos, tales como baños sauna o elevadores.

- Modificaciones para su hogar o vehículo.
- Dispositivos para pruebas de sangre u otras sustancias corporales (excepto los monitores de glucosa en la sangre para diabetes y sus suministros).
- Monitores electrónicos del corazón o de los pulmones, excepto monitores de apnea infantil.
- Reparación o reemplazo de equipos debido a pérdida, robo o uso indebido.

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Cubrimos los siguientes Servicios:

- Consultas en el departamento de emergencias.
- Consultas, evaluaciones y tratamiento de Atención de Urgencia.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Aborto y Servicios relacionados con el aborto (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).

Servicios de Fertilidad

“Servicios de Fertilidad” significa tratamientos y procedimientos para lograr un embarazo.

Antes de comenzar o continuar un tratamiento de Servicios de fertilidad, es posible que se le pida que pague un depósito inicial y depósitos subsiguientes que contribuirán al Costo Compartido de una parte o la totalidad del tratamiento, sumado a cualquier otro Costo Compartido relacionado con la fertilidad que esté pendiente de pago. Si alguna parte de dicho depósito no se utiliza, se le devolverá. Cuando no se requiera un depósito, deberá pagar el Costo Compartido del procedimiento, además de cualquier otro Costo Compartido relacionado con la fertilidad que esté pendiente de pago, antes de programar un procedimiento de fertilidad.

Diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad

Cubrimos los siguientes Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad:

- Visitas al consultorio.
- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos administrados a pacientes ambulatorios que requieren administración y observación por parte del personal médico.

Cubrimos estos artículos cuando los receta un Proveedor del Plan según las pautas de la lista de medicamentos disponibles y se administran en un Centro de Atención del Plan.

- Hospitalización de pacientes directamente relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad.

Inseminación artificial

Cubrimos los siguientes Servicios de inseminación artificial:

- Visitas al consultorio.
- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios.
- Medicamentos administrados a pacientes ambulatorios que requieren administración y observación por parte del personal médico. Cubrimos estos artículos cuando los receta un Proveedor del Plan según las pautas de la lista de medicamentos disponibles y se administran en un Centro de Atención del Plan.
- Hospitalizaciones de pacientes directamente relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad.

Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART)

Los Servicios de tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART), como la fertilización *in vitro* (in vitro fertilization, IVF), la transferencia intratubárica de gametos (gamete intra-fallopian transfer, GIFT) o la transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT), no están cubiertos según esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios para preservar la fertilidad debido a Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica”).
- Servicios de diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos, como ECG y EEG (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

Exclusiones en los Servicios de Fertilidad

- Reversión de la esterilización quirúrgica originalmente realizada con fines de planificación familiar.

- Semen y óvulos (y Servicios relacionados con su obtención y conservación).
- Servicios de ART, como trasplante de óvulos, GIFT, IVF y ZIFT.

Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica

Los Servicios estándar para preservar la fertilidad están cubiertos para Miembros que reciben tratamiento o Servicios cubiertos que pueden causar directa o indirectamente Infertilidad iatrogénica. Los Servicios para preservar la fertilidad no incluyen el diagnóstico ni el tratamiento de la Infertilidad.

Si recibe Servicios para preservar la fertilidad cubiertos, pagará el Costo Compartido que debería pagar si los Servicios no estuvieran relacionados con la preservación de la fertilidad. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a los procedimientos para pacientes ambulatorios, consulte “Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Educación para la Salud

Cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud que su Médico personal del Plan u otro Proveedor del Plan ofrece durante una visita cubierta según otra parte de esta *EOC*.

Con el fin de ayudarle a que participe activamente en la protección y el mejoramiento de su salud, también cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, incluidos programas para dejar de fumar, para manejar el estrés y para controlar condiciones crónicas (como la diabetes y el asma). Kaiser Permanente también ofrece asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud no cubiertos que puede recibir mediante el pago de un cargo.

Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con un Departamento de Educación para la Salud o Servicio a los Miembros, o visite nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Servicios para la Audición

Cubrimos lo siguiente:

- Exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva.

- Visitas a Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar problemas de la audición.

Audífonos

Proporcionamos una Asignación por cada oído para comprar un audífono (incluidos la adaptación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección) cuando lo indica un Médico del Plan o un Proveedor del Plan que sea audiólogo. Cubriremos los audífonos para ambos oídos solo si son necesarios para proporcionar una mejoría que no podría alcanzarse con un solo audífono. No proporcionaremos la Asignación si ya otorgamos una Asignación (o una cobertura de otro tipo) para la compra de audífonos en los últimos 36 meses. Además, la Asignación puede usarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa toda la Asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla después. Consulte “Servicios para la Audición” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC para conocer el monto de su Asignación.

Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará los audífonos con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Pruebas de audición de rutina cuando se realizan como parte de un examen de mantenimiento físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”).
- Servicios relacionados con los oídos o la audición, excepto los que se describan en esta sección, como la atención a pacientes ambulatorios para el tratamiento de otitis y los medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el apartado que corresponda en esta sección “Beneficios”).
- Implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados (consulte “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”).

Exclusiones en los Servicios para la audición

- Audífonos de implantación interna.
- Reemplazo de piezas y baterías, reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados (es posible que la garantía del fabricante cubra algunos de estos).

Atención Médica a Domicilio

“Atención médica a domicilio” se refiere a los Servicios prestados en el hogar por parte de enfermeros, trabajadores sociales médicos, auxiliares de salud a domicilio, fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales y del habla.

Cubriremos el servicio de atención médica a domicilio sin costo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Está confinado a su hogar (o al hogar de un amigo o pariente).

- Su condición requiere de los Servicios de un enfermero o de un terapeuta físico, ocupacional o del habla (los Servicios de los auxiliares de salud a domicilio no tienen cobertura a menos que también reciba atención médica a domicilio con cobertura de un enfermero o un terapeuta físico, ocupacional o del habla que solo pueda administrar un proveedor certificado).
- Un Médico del Plan determina que es posible supervisar y monitorear de manera eficaz la atención médica a domicilio y que los Servicios se pueden brindar de manera segura y eficaz.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio.

Solo cubrimos atención médica a domicilio que sea parcial o intermitente, de la siguiente manera:

- hasta dos horas por visita para las visitas que realice un enfermero, un trabajador social médico, o un terapeuta físico, ocupacional o del habla, y hasta cuatro horas por visita para las visitas que realice un auxiliar de salud a domicilio;
- Hasta tres consultas por día (contando todas las consultas de salud a domicilio);
- Hasta 100 visitas por Periodo de Acumulación (contando todas las visitas de atención médica a domicilio).

Nota: Si la visita de un enfermero, un trabajador social médico, un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional o del habla dura más de dos horas, cada periodo adicional de dos horas se considera como una visita distinta. Si la visita de un auxiliar de salud a domicilio dura más de cuatro horas, cada periodo adicional de cuatro horas se considera como una visita distinta. Por ejemplo, si un enfermero va a su casa por tres horas y luego se va, eso se considera como dos visitas. Además, cada persona que proporcione Servicios cuenta para estos límites de visitas. Por ejemplo, si un auxiliar de salud a domicilio y un enfermero están en su casa al mismo tiempo durante dos horas, eso se considera como dos visitas.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista (consulte “Servicios de Salud Mental”).
- Atención para diálisis (consulte “Atención para Diálisis”).
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”).
- Suministros para ostomía y urología (consulte “Suministros para Ostomía y Urología”).
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

- Consultas de terapias física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación”).
- Dispositivos protésicos y ortésicos (consulte “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”).

Exclusiones en la atención médica a domicilio

- Atención que un familiar no certificado u otra persona sin conocimientos médicos puede proporcionar de manera segura y eficaz en el hogar después de recibir la capacitación adecuada. Esta atención no está incluida, independientemente de que la cubriríamos si la proporcionase un profesional médico capacitado en un hospital o Centro de Enfermería Especializada.
- Atención en el hogar si dicho hogar no es un entorno seguro y eficaz para proporcionar tratamiento.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para proporcionar cuidados terminales y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un Miembro que se encuentra en las últimas etapas de su vida debido a una enfermedad terminal. También proporcionan apoyo al cuidador principal y a la familia del Miembro. Un Miembro que elige recibir cuidados paliativos decide recibirlos para aliviar el dolor y otros síntomas asociados con su enfermedad terminal, no para obtener atención para tratar de curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

Cubrimos los Servicios de cuidados paliativos que se mencionan a continuación si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan diagnostica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es de 12 meses o menos.
- Los Servicios se prestan dentro del Área de Servicio o en California, pero en un radio de 15 millas o a 30 minutos del Área de Servicio (incluido el hogar de un amigo o familiar, aunque usted viva allí temporalmente).
- Los Servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor del Plan.
- Un Médico del Plan determina que los Servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados.

Si se cumplen todos los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes Servicios de cuidados paliativos, si resultan necesarios para sus cuidados paliativos:

- Servicios de un Médico del Plan.

- Atención de enfermería especializada, lo que incluye la evaluación y el manejo de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y alivio de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia, e instrucciones para los cuidadores.
- Fisioterapia, y terapia ocupacional y del habla para aliviar los síntomas o permitirle seguir realizando las actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios medicosociales.
- Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de tareas domésticas.
- Suministro de hasta 100 días de medicamentos paliativos recetados para controlar el dolor y los síntomas de la enfermedad terminal, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Deberá obtener estos medicamentos en una Farmacia del Plan. Ciertos medicamentos están limitados a un suministro máximo de 30 días (la Farmacia del Plan puede informarle si un medicamento que usted usa está incluido entre estos medicamentos).
- Equipo médico duradero.
- Atención de relevo cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de Servicio ocasional y a corto plazo que se brinda a pacientes hospitalizados y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos por vez.
- Servicios de asesoramiento y apoyo para personas en duelo.
- Asesoramiento nutricional.

También ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios de cuidados paliativos solo durante periodos de crisis cuando estos servicios sean Medicamento Necesarios para aliviar o tratar síntomas médicos agudos:

- Atención de enfermería continua hasta por 24 horas del día, según sea necesaria para mantenerle en el hogar.
- Servicios para pacientes hospitalizados a corto plazo necesarios a un nivel que no pueda ofrecerse en el hogar.

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los siguientes Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan cuando los Servicios se proporcionen de forma general y habitual en hospitales generales de cuidados agudos en el Área de Servicio:

- Habitación y comidas, incluida una habitación privada si es Medicamento Necesaria.
- Atención especializada y unidades de cuidados críticos.
- Atención general y especializada de enfermería.

- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de Médicos del Plan, incluidas las consultas y el tratamiento por parte de especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados según las pautas de la lista de medicamentos disponibles (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del hospital, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios”).
- Materiales radioactivos usados para fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios, lo que incluye IRM, TC y TEP.
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración.
- Atención de obstetricia y parto (incluidas las cesáreas). Nota: Si recibe el alta del hospital dentro de las 48 horas posteriores al parto (o 96 horas si es por cesárea), el Médico del Plan podría indicar una visita de seguimiento para usted y el recién nacido, la que deberá realizarse en un plazo de 48 horas después del alta (consulte la información sobre las visitas posteriores al alta del hospital en “Visitas al Consultorio” en la sección “Beneficios”).
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista.
- Terapia respiratoria.
- Terapia física, ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en nuestro programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria).
- Servicios medicosociales y programación del alta del hospital.
- Cuidados paliativos (consulte “Cuidados Paliativos”).
- Servicios de Salud Mental (consulte “Servicios de Salud Mental”).
- Dispositivos protésicos y ortésicos (consulte “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”).
- Servicios de cirugía reconstructiva (consulte “Servicios de Cirugía Reconstructiva”).
- Servicios relacionados con un ensayo clínico (consulte “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico”).
- Servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada del Plan (consulte “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).
- Servicios para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias (consulte “Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias”).
- Servicios relacionados con los trasplantes (consulte “Servicios de Trasplante”).

Lesiones de los Dientes

Esta *EOC* no incluye los Servicios por lesiones accidentales de los dientes.

Servicios de Salud Mental

Cubrimos los Servicios que se indican en la sección “Servicios de Salud Mental” únicamente cuando los Servicios son para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de Trastornos de Salud Mental. Un “Trastorno de Salud Mental” es una condición que pertenece a alguna de las categorías de diagnóstico identificadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios cuando los prestan Médicos del Plan u otros Proveedores del Plan que son profesionales de atención médica certificados que actúan dentro del alcance de sus licencias:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal, incluido el tratamiento del primer episodio de psicosis.
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un Trastorno de Salud Mental.
- Servicios para Pacientes Ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico.
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Aborto y Servicios relacionados con el aborto (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).
- Procedimientos de cirugía bariátrica (consulte “Cirugía Bariátrica”).
- Procedimientos dentales y de ortodoncia (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”).
- Atención para diálisis (consulte “Atención para Diálisis”).
- Servicios para preservar la fertilidad debido a Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica”).
- Servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad, inseminación artificial o tecnología de reproducción asistida (consulte “Servicios de Fertilidad”).

- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación magnética transcraneal.

Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo

Ofrecemos cobertura para programas de tratamiento psiquiátrico intensivo en un Centro de Atención del Plan; por ejemplo:

- Hospitalización parcial.
- Tratamiento interdisciplinario en un programa intensivo para pacientes ambulatorios o de tratamiento diurno.
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

Tratamiento en entorno residencial

Dentro del Área de Servicio, cubrimos los siguientes Servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento en entorno residencial certificado que proporciona tratamiento individualizado de salud mental las 24 horas, los Servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento residencial de salud mental en un centro de tratamiento en entorno residencial certificado y los Servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal.
- Servicios médicos.
- Control de los medicamentos.
- Habitación y alimentación.
- Servicios sociales.
- Medicamentos recetados por un Proveedor del Plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles si son administrados por el personal médico en el centro (para obtener información sobre los medicamentos que se recetan cuando se le da el alta del centro, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en esta sección “Beneficios”).
- Planificación del alta del hospital.

Servicios de afirmación de género

Si recibe Servicios cubiertos para el tratamiento de la disforia de género, pagará el Costo Compartido que debería pagar si los Servicios no estuvieran relacionados con la disforia de género. Por ejemplo:

- Consulte “Medicamentos Administrados” para consultar sobre los medicamentos administrados.
- Consulte “Visitas al Consultorio” para conocer sobre las consultas relacionadas con el tratamiento de la disforia de género, como terapia hormonal y procedimientos de depilación.

- Consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios” para conocer sobre los Servicios de imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio.
- Consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” para conocer sobre los medicamentos, suministros y suplementos.
- Consulte “Cirugía Reconstructiva” para conocer sobre los Servicios de cirugía.
- Consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación” para conocer sobre la terapia del habla (de la voz).

Hospitalización psiquiátrica

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica en un Hospital del Plan. La cobertura incluye habitación y comidas, medicamentos y Servicios de Médicos del Plan o de otros Proveedores del Plan que son profesionales de atención médica certificados y que actúan dentro del alcance de sus licencias.

Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Si no podemos proporcionarle una cita con un Proveedor del Plan según los estándares de plazo y acceso geográfico requeridos, le ofreceremos una referencia para un Proveedor que No Pertenece al Plan (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Además, cubrimos los Servicios proporcionados por un centro 988, un equipo móvil para casos de crisis u otro proveedor de servicios para casos de crisis de salud del comportamiento (colectivamente, “Servicios 988”) para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias sin autorización previa hasta que se estabiliza, según las leyes estatales. Después de que el trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias se estabiliza, la atención de postestabilización recibida de Proveedores que No Pertenecen al Plan está sujeta a autorización previa, según se describe en “Atención de Postestabilización” en la sección “Servicios de Emergencia”.

Para estos Servicios por referencia y Servicios 988, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista recibido durante una hospitalización cubierta en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

- Servicios de laboratorio y estudios del sueño para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Visitas de fisioterapia y terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación”).
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”).

Visitas al Consultorio

Cubrimos lo siguiente:

- Consultas de Atención Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos.
- Consultas con Médicos Especialistas.
- Citas grupales.
- Servicios de Acupuntura (proporcionados generalmente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para tratar el dolor crónico).
- Consultas a domicilio por parte de un Médico del Plan (o un enfermero con licencia que sea Proveedor del Plan) dentro del Área de Servicio, cuando el Médico del Plan determina que acudir a su hogar es la mejor manera de brindarle la atención que necesita.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Aborto y Servicios relacionados con el aborto (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).

Suministros para Ostomía y Urología

Cubrimos suministros para ostomía y urología si se cumplen los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan le ha recetado los suministros de ostomía y urología para su condición médica.
- Se le aprobó el artículo a través del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en el título “Cómo Obtener una Referencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio.

La cobertura se limita al equipo o los suministros estándares que satisfagan de manera adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo y seleccionamos al proveedor.

Exclusiones en los suministros para ostomía y urología

- Artículos o equipos para comodidad, conveniencia o lujo.

Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios solo cuando parte de la atención está cubierta conforme a otros apartados en la sección “Beneficios”. Un Proveedor del Plan debe recetar los Servicios.

- Imágenes diagnósticas complejas (que no sean preventivas), como TC, IRM y TEP.
- Servicios de imágenes diagnósticas básicas, como radiografías, mamografías y ultrasonidos de diagnóstico y terapéuticos.
- Medicina nuclear.
- Pruebas fotográficas de rutina para la detección de trastornos de la retina.
- Análisis de laboratorio, incluidas las pruebas para vigilar la eficacia de la diálisis y pruebas para trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoramiento genético.
- Servicios de diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos (como ECG, EEG y estudios del sueño).
- Radioterapia.
- Tratamientos con rayos ultravioleta, incluido el equipo para la terapia con rayos ultravioleta de uso en el hogar, en los siguientes casos: (1) el equipo se aprobó a través del proceso de autorización previa del Plan, según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”; (2) el equipo se suministra dentro del Área de Servicio. (La cobertura del equipo para terapia con rayos ultravioleta se limita al equipo estándar adecuado para la atención que necesita. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo o pagar el precio justo del mercado por él cuando ya no tenga cobertura). Cubrimos pruebas de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 obtenidas de Proveedores del Plan o Proveedores que No Pertenecen al Plan, incluida una visita al proveedor para que se haga la prueba de laboratorio.

Cubrimos un total de hasta ocho pruebas de COVID-19 de venta libre autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por mes calendario obtenidas de Proveedores del Plan o Proveedores que No Pertenecen al Plan.

Las pruebas de venta libre son autoadministradas, le permiten conocer el resultado en su casa y están disponibles sin receta. Para los fines de esta sección, “Proveedor del Plan” significa una Farmacia del Plan, el servicio de farmacia por correo a través de nuestro sitio web, kp.org/espanol, o una farmacia minorista participante. Para los fines de esta sección, “Proveedor que No Pertenece al Plan” significa una farmacia o una tienda minorista en línea que no sea un Proveedor del Plan. Para obtener más información sobre la cobertura y las limitaciones, incluida la lista actual de Proveedores del Plan, visite nuestro sitio web o llame a Servicio a los Miembros.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Aborto y Servicios relacionados con el aborto (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).
- Imágenes diagnósticas y Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios que sean Servicios Preventivos, como mamografías, densitometrías óseas y pruebas de detección de laboratorio de rutina (consulte “Servicios Preventivos”).
- Procedimientos para pacientes ambulatorios que incluyan Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas (consulte “Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios”).
- Servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad, inseminación artificial o Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART) (consulte “Servicios de Fertilidad”).

Exclusiones en Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

- Artículos o equipos para terapia con rayos ultravioleta para comodidad, conveniencia o lujo.
- Reparación o reemplazo del equipo para terapia con rayos ultravioleta debido a pérdida, robo o uso indebido.

Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” según las pautas de la lista de medicamentos disponibles, sujeto a cualquier exclusión o limitación según esta *EOC*. Cubrimos los artículos que se describen en esta sección cuando se recetan de la siguiente manera:

- Artículos recetados por los Proveedores del Plan, dentro del alcance de su licencia y práctica.
- Productos recetados por los siguientes Proveedores que No Pertenece al Plan:
 - ◆ Dentistas, si el medicamento es para atención dental;

- ◆ Médicos que No Pertenece al Plan si el Grupo Médico autoriza una referencia por escrito para ver al Médico que No Pertenece al Plan (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en el apartado “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”) y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de esa referencia.
- ◆ Médicos que No Pertenece al Plan si la receta se obtuvo al recibir Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” (si surte su receta en una Farmacia del Plan, es posible que deba pagar Cargos por el artículo y presentar un reclamo de reembolso según se describe en “Pagos y Reembolsos” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”);
- ◆ Médicos que No Pertenece al Plan que brinden Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área si la receta corresponde a tratamientos terapéuticos del COVID-19 (si surte su receta en una Farmacia del Plan, es posible que deba pagar Cargos por el artículo y presentar un reclamo de reembolso según se describe en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”).

Nota: Si obtiene una receta de un Proveedor que No Pertenece al Plan en relación con atención dental o tratamientos terapéuticos del COVID-19 según se describe arriba, no cubrimos una visita al consultorio ni ningún otro servicio del Proveedor que No Pertenece al Plan.

Cómo obtener artículos cubiertos

Debe obtener los artículos cubiertos en una Farmacia del Plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo, a menos que se obtengan de un Proveedor que No Pertenece al Plan como parte de Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, o bien que un Proveedor que No Pertenece al Plan le recete tratamientos terapéuticos del COVID-19.

Para conocer las ubicaciones de las Farmacias del Plan, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Resurtidos

Puede pedir que le vuelvan a surtir sus recetas en una Farmacia del Plan a través de nuestro servicio de pedidos por correo o de nuestro sitio web, en kp.org/rxrefill (en inglés). Una Farmacia del Plan le dará más detalles sobre las distintas opciones para volver a surtir sus recetas.

Por ejemplo, unas pocas Farmacias del Plan no vuelven a surtir recetas y no todos los medicamentos se pueden enviar a través de nuestro servicio de pedidos por correo. Consulte con una Farmacia del Plan si tiene preguntas sobre si puede recibir sus medicamentos recetados por correo u obtenerlos en una Farmacia del Plan. Los artículos disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo están sujetos a cambios sin previo aviso y en cualquier momento.

Límite de días de suministro

El médico o dentista que emite la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro, artículo o suplemento recetado. Con relación al límite de días de suministro, los Médicos del Plan determinan la cantidad de un artículo que constituye un suministro Medicamento Necesario para usted (30 o 100 días, o 365 días si el artículo es un anticonceptivo hormonal). Luego de pagar el Costo Compartido que se especifica en la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido”, recibirá el artículo recetado hasta el límite de días de suministro que también se indica en esta sección o en la lista de medicamentos disponibles de su plan (consulte “Acerca de la lista de medicamentos disponibles” a continuación). El máximo que puede recibir por vez de un artículo cubierto, a excepción de un anticonceptivo hormonal, puede ser de 30 días en un periodo de 30 días o de 100 días en un periodo de 100 días. Si desea recibir el producto para un periodo mayor al límite de días de suministro cubierto, deberá pagar cargos por cualquier cantidad recetada que exceda este límite.

Si su plan incluye cobertura para anticonceptivos hormonales, lo máximo que puede recibir por vez de medicamentos anticonceptivos es un suministro de 365 días. Para obtener un suministro de 365 días, hable con el proveedor que emite la receta. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para saber si su plan incluye cobertura de anticonceptivos hormonales.

Si su plan incluye cobertura de medicamentos para la disfunción sexual, lo máximo que puede recibir por vez de medicamentos recetados para el tratamiento ocasional de trastornos de disfunción sexual son ocho dosis en un periodo de 30 días o hasta 27 dosis en un periodo de 100 días. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para saber si su plan incluye cobertura de medicamentos para la disfunción sexual.

La farmacia puede reducir la cantidad de días de suministro que se surte con el Costo Compartido especificado en la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido” con un suministro de 30 días en un periodo de 30 días si determina que hay existencias limitadas del producto en el mercado o en el caso de medicamentos específicos (la Farmacia del Plan puede informarle si este es su caso).

Acerca de la lista de medicamentos disponibles

La lista de medicamentos disponibles incluye una lista de los medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica aprobó para nuestros Miembros. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está integrado principalmente por Médicos y farmacéuticos del Plan, selecciona medicamentos para la lista de medicamentos recetados disponibles basándose en varios factores, como la seguridad y la eficacia, según se determina mediante el estudio de las publicaciones médicas. La lista de medicamentos disponibles se actualiza mensualmente de acuerdo con la nueva información o cuando surgen medicamentos nuevos. Para saber qué medicamentos están incluidos en la lista, consulte la lista de medicamentos cubiertos para planes comerciales de la HMO de California en nuestro sitio web, en kp.org/formulary (haga clic en “Español”). La lista de medicamentos cubiertos también revela los requisitos o las limitaciones que se aplican a medicamentos específicos, como si hay un límite en la cantidad de un medicamento que puede surtir y si el medicamento debe obtenerse en determinadas farmacias especializadas. Si quiere solicitar una copia de esta lista de medicamentos disponibles, llame a Servicio a los Miembros. Nota: La inclusión de un medicamento en la lista de medicamentos disponibles no necesariamente significa que se vaya a recetar para una condición médica en particular.

Proceso de excepciones de la lista de medicamentos cubiertos

Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles le permiten obtener medicamentos recetados que no se encuentren en la lista de medicamentos recetados disponibles (que no estén en la lista de medicamentos recetados para su condición), siempre que cuenten con la cobertura de su plan, como se describió anteriormente, y sean Medicamento Necesarios. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud respecto a la falta de cobertura de un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles, puede presentar una queja formal tal como se establece en la sección “Resolución de Disputas”.

Continuidad de la administración de medicamentos

Si esta *EOC* se modifica para excluir algún medicamento cubierto y suministrado a usted según esta *EOC*, el medicamento se le seguirá brindando si la ley exige una receta y un Médico del Plan continúa recetando el medicamento para la misma condición, y si su uso está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Acerca de los niveles de medicamentos

Los medicamentos que corresponden a su plan se clasifican en niveles, según se describe en la tabla a continuación (su plan no tiene un Nivel 3). Su Costo Compartido de los artículos cubiertos puede variar en función del nivel. Consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el Costo Compartido de los artículos cubiertos conforme a esta sección.

Consulte la lista de medicamentos disponibles para saber a qué nivel corresponde un medicamento en particular y para ver las definiciones de “medicamento genérico”, “medicamento de marca” y “medicamento especializado”.

Nivel	Descripción
Nivel 1	La mayoría de los medicamentos, suministros y suplementos genéricos (también incluye algunos medicamentos, suministros y suplementos de marca)
Nivel 2	La mayoría de los medicamentos, suministros y suplementos de marca (también incluye algunos medicamentos, suministros y suplementos genéricos)
Nivel 4	Medicamentos, suministros y suplementos genéricos o de marca de alto costo (a veces llamados “medicamentos especializados”)

Estos niveles se aplican a medicamentos, suministros y suplementos incluidos y no incluidos en la lista de medicamentos cubiertos. Si necesita ayuda para determinar si un medicamento, suministro o suplemento incluido o no incluido en la lista de medicamentos cubiertos se categoriza como de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 4, llame a Servicio a los Miembros. Nota: Los medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos cubiertos no están cubiertos a menos que sean Medicamento Necesarios, según se describe en “Proceso de excepción de la lista de medicamentos cubiertos” en la sección anterior “Acerca de la lista de medicamentos disponibles”.

Reglas generales de cobertura y su Costo Compartido

Cubrimos los siguientes medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios según se describe en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”:

- Medicamentos que, de conformidad con la ley, requieren receta. También cubrimos determinados medicamentos y artículos de venta libre (medicamentos y artículos que, de conformidad con la ley, no requieren receta) si están incluidas en la lista de medicamentos disponibles y los receta un Médico del Plan, excepto los anticonceptivos de venta libre, para los que no se requiere una receta.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar los suplementos y medicamentos cubiertos.
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos.

Nota:

- Si los Cargos de los medicamentos, suministros y suplementos son inferiores al Copago, pagará la cantidad que sea menor, sujeto a cualquier deducible o gasto máximo de bolsillo aplicables.

- Los artículos pueden cambiar de nivel en cualquier momento según las pautas de la lista de medicamentos disponibles, lo que puede afectar el Costo Compartido (por ejemplo, si se agrega un medicamento de marca a la lista de medicamentos especializados, pagará el Costo Compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4, no el Costo Compartido para los medicamentos del Nivel 2).

Medicamentos del Programa II

Usted o el proveedor que emite la receta pueden solicitar que la farmacia surta una cantidad menor a la recetada de una dosis sólida o por vía oral de un medicamento cubierto del Programa II (su Farmacia del Plan puede decirle si un medicamento que toma es uno de estos medicamentos). Se prorrateará su Costo Compartido según la cantidad de medicamento que se entregue. Si la farmacia no prorratea su Costo Compartido, le enviaremos un reembolso por la diferencia.

Servicio de pedidos por correo

Los medicamentos recetados que se vuelven a surtir se pueden enviar en 3 a 5 días sin costo adicional por el correo estándar de EE. UU. Se aplicará el Costo Compartido correspondiente (de acuerdo con su cobertura de medicamentos) y se debe cobrar a una tarjeta de crédito válida.

Podrá solicitar el servicio de pedidos por correo de las siguientes maneras:

- Para pedir en línea, visite kp.org/rxrefill (en inglés) (puede registrarse para obtener una cuenta segura en kp.org/registreseahora) o use la aplicación de KP desde su teléfono inteligente u otro dispositivo móvil.
- Llame al número de teléfono de la farmacia, que aparece resaltado en la etiqueta de su receta, y seleccione la opción de pedidos por correo.
- En su siguiente visita a la farmacia de Kaiser Permanente, pregúntele a nuestro personal cómo puede recibir los medicamentos por correo.

Nota: Se aplican limitaciones y restricciones.

Por ejemplo, no todos los medicamentos pueden enviarse por correo a todos los estados.

Programa de cupones del fabricante

En el caso de los artículos o medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos conforme a la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” que se obtienen en una Farmacia del Plan, es posible que pueda usar cupones del fabricante aprobados como parte de pago del Costo Compartido que adeuda, según lo permitido por el programa de cupones del Plan de Salud. Si el cupón no cubre el monto total de su Costo Compartido de la receta, deberá pagar la diferencia.

Cuando usa cupones aprobados para pagar su Costo Compartido, el monto del cupón y todo pago adicional que realice se acumulan para el gasto máximo de bolsillo, si corresponde. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el gasto máximo de bolsillo aplicable y para saber qué medicamentos y artículos se tienen en cuenta para calcular el máximo. Algunas coberturas del plan de salud no son elegibles para los cupones. Puede obtener más información sobre las reglas y limitaciones del programa de cupones de Kaiser Permanente en kp.org/rxcoupons (haga clic en “Español”).

Medicamentos, suministros y suplementos básicos

El Costo Compartido de los siguientes artículos puede ser diferente al de otros medicamentos, suministros y suplementos. Consulte “Medicamentos, suministros y suplementos básicos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*:

- Algunos medicamentos para el tratamiento de arritmia ventricular potencialmente mortal.
- Medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis.
- Fórmula para la alimentación por sonda, cuando se usa como terapia primaria para la enteritis local.
- Agentes hematopoyéticos para diálisis.
- Agentes hematopoyéticos para el tratamiento de la anemia en la insuficiencia renal crónica.
- Hormona de crecimiento humano para pacientes pediátricos con problemas de crecimiento provocados por la falta de secreción adecuada de la hormona de crecimiento endógena.
- Inmunodepresores y ganciclovir y profármacos del ganciclovir para el tratamiento del citomegalovirus cuando se recetan en relación con un trasplante.
- Quelantes de fosfato para pacientes que realizan diálisis para el tratamiento de la hiperfosfatemia en la insuficiencia renal terminal.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos recetados para el aborto y Servicios relacionados con el aborto (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).
- Anticonceptivos administrados (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).
- Equipos y suministros para realizar análisis de sangre para la diabetes, bombas de insulina y sus suministros (consulte “Equipo Médico Duradero [DME] para Uso en el Hogar”).
- Medicamentos cubiertos para su uso durante una hospitalización cubierta en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).

- Medicamentos recetados para controlar el dolor y los síntomas de enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados Paliativos”).
- Equipo médico duradero para administrar medicamentos (consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios que no sean anticonceptivos (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).

Exclusiones en los medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

- Cualquier empaque solicitado (como empaques de dosis) que no sea el habitual de la farmacia que lo surte.
- Productos preparados, a menos que el medicamento esté incluido en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o que la ley exija una receta médica para la venta de alguno de sus ingredientes.
- Medicamentos que se recetan para acortar la duración de un resfriado común.
- Medicamentos recetados para los que no hay equivalente de venta sin receta (mismos principios activos, concentración y dosificación que el medicamento recetado). Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
 - ◆ Insulina.
 - ◆ Medicamentos de venta libre cubiertos conforme a “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios” (incluye medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos);
 - ◆ Una clase completa de medicamentos recetados cuando un medicamento dentro de esa clase está disponible sin receta.
- Todos los medicamentos, suministros y suplementos relacionados con los Servicios de tecnología de reproducción asistida (ART).
- Medicamentos recetados únicamente para perder peso, excepto cuando sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida. Es posible que exijamos que los Miembros a quienes se les recetan medicamentos para la obesidad mórbida se inscriban en un programa integral para la pérdida de peso que esté cubierto por un periodo razonable previo o simultáneo al momento en que reciban el medicamento.

Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios de atención para pacientes ambulatorios:

- Cirugía para pacientes ambulatorios.
- Procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas) cuando se brindan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro del personal certificado vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios para preservar la fertilidad debido a Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica”).
- Procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas) que no requieren que un miembro del personal certificado vigile sus signos vitales (consulte la sección que, de otro modo, correspondería para el procedimiento, por ejemplo, para los procedimientos de radiología que no requieren que un miembro del personal certificado vigile sus signos vitales, consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).

Servicios Preventivos

Cubrimos una variedad de Servicios Preventivos de Proveedores del Plan, según se detalla en nuestro sitio web, en kp.org/prevencion, incluidos los siguientes:

- Servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos con puntuación “A” o “B”. Encontrará la lista completa de estos servicios en el sitio uspreventiveservicestaskforce.org.
- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encontrará la lista completa de las vacunas recomendadas en el sitio cdc.gov/vaccines/schedules.
- Servicios preventivos para las mujeres recomendados por la Administración de Servicios y Recursos de Salud e incorporados a la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Puede encontrar la lista completa de estos servicios en hrsa.gov/womens-guidelines.

Nota: Cubrimos las vacunas para prevenir el COVID-19 que se administran en un Consultorio Médico del Plan o que aplica un Proveedor que No Pertenece al Plan. Si recibe esta vacuna de un Proveedor que No Pertenece al Plan (a excepción de los proveedores de Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área), no cubrimos una visita al consultorio ni ningún otro servicio de dicho proveedor que no sea la administración de la vacuna.

La lista de Servicios Preventivos recomendados por las organizaciones mencionadas está sujeta a cambios. Estos Servicios Preventivos están sujetos a todos los requisitos de cobertura que se describen en la sección “Beneficios” y a todas las disposiciones incluidas en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”.

Si está inscrito en un plan con derechos adquiridos por antigüedad, es posible que algunos artículos preventivos que aparecen en la lista de nuestro sitio web no estén cubiertos, como los medicamentos de venta libre. Consulte la tabla “Ciertos artículos preventivos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para obtener más información sobre la cobertura. Si tiene preguntas sobre los Servicios Preventivos, llame a Servicio a los Miembros.

Nota: Los Servicios Preventivos le ayudan a mantenerse saludable antes de tener síntomas. Si presenta síntomas, es posible que necesite otro tipo de atención, como Servicios de diagnóstico o tratamiento. Si recibe algún otro Servicio cubierto que no sea un Servicio Preventivo antes, durante o después de una consulta que incluya Servicios Preventivos, deberá pagar el Costo Compartido correspondiente a estos otros Servicios. Por ejemplo, si los Servicios de pruebas de laboratorio o de imágenes diagnósticas indicados durante una visita preventiva al consultorio no resultan ser Servicios Preventivos, usted deberá pagar el Costo Compartido correspondiente por esos Servicios.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Extractores de leche y suministros para la lactancia materna (consulte “Suministros para la lactancia materna” en “Equipo Médico Duradero [DME] para Uso en el Hogar”).
- Programas de educación para la salud (consulte “Educación para la Salud”).
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios que son Servicios Preventivos (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Asesoramiento sobre planificación familiar, consultas y Servicios de esterilización (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”).

Dispositivos Protésicos y Ortésicos

Reglas de cobertura para dispositivos protésicos y ortésicos

Cubrimos los dispositivos protésicos y ortésicos especificados en la sección “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general y repetido, y se usa principal y habitualmente con propósitos médicos.
- El dispositivo es un dispositivo estándar que satisface de manera apropiada sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo de un proveedor o vendedor que nosotros seleccionamos.
- Se le aprobó el artículo a través del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en el título “Cómo Obtener una Referencia” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio.

La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos dispositivos, su reparación o reemplazo, y los Servicios necesarios para determinar si necesita un dispositivo protésico u ortésico. Si cubrimos el reemplazo del dispositivo, usted pagará el Costo Compartido que pagaría por obtener el dispositivo.

Dispositivos protésicos y ortésicos básicos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura para dispositivos protésicos y ortésicos” de la sección “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”, cubrimos los artículos descritos en la sección “Dispositivos protésicos y ortésicos básicos”.

Dispositivos de implantación interna

Cubrimos dispositivos protésicos y ortésicos, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de cadera, si se los implanta durante una cirugía cubierta conforme a otro apartado en la sección “Beneficios”.

En el caso de los dispositivos protésicos y ortésicos de implantación interna, paga el Costo Compartido del procedimiento para implantarlos. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a la Cirugía Ambulatoria, consulte “Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Dispositivos externos

Ofrecemos cobertura para los siguientes dispositivos protésicos y ortésicos externos:

- Dispositivos protésicos y la instalación de accesorios para restablecer el habla tras la remoción parcial o total de la laringe (la cobertura no incluye las máquinas generadoras de voz electrónica, que no son dispositivos protésicos).

- Después de la extirpación total o parcial de un seno, Médicamente Necesaria:
 - ◆ Prótesis, incluidas las prótesis hechas a medida cuando sean Médicamente Necesarias;
 - ◆ Hasta tres sostenes necesarios para sostener una prótesis en cualquier periodo de 12 meses.
- Dispositivos de podología (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los receta un Médico del Plan o un Proveedor del Plan que sea podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras, y vendajes o prendas para linfedema.
- Fórmula para los Miembros que se alimentan a través de una sonda, según las pautas de Medicare.
- Bomba para alimentación por sonda y suministros.
- Tubo de traqueotomía y suministros.
- Prótesis para reemplazar parcial o totalmente una parte externa de la cara que se extirpó o que sufrió una deficiencia como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Dispositivos protésicos y ortésicos suplementarios

Si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura para dispositivos protésicos y ortésicos” de la sección “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”, cubrimos los siguientes artículos:

- Dispositivos protésicos necesarios para reemplazar una parte o la totalidad de un órgano o una extremidad, solo si también reemplazan su función.
- Dispositivos ortésicos rígidos y semirrígidos necesarios para brindar apoyo o corregir alguna parte del cuerpo con defectos.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Anteojos y lentes de contacto, incluidos lentes de contacto para tratar la aniridia o afaquia (consulte “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” y “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”).
- Audífonos, excepto los dispositivos implantados internamente que se describen en esta sección (consulte “Servicios para la Audición”).
- Implantes inyectables (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).

Exclusiones en los dispositivos protésicos y ortésicos

- Lentes intraoculares multifocales y lentes intraoculares para corregir el astigmatismo.

- Suministros no rígidos, como medias elásticas y pelucas, a menos que se haya dado otra indicación en esta sección “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”.
- Artículos o equipos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Reparación o reemplazo de un dispositivo a causa de pérdida, robo o uso indebido.
- Zapatos, plantillas, soportes de arco o cualquier otro calzado, incluso si se fabrica a medida, excepto el calzado descrito en esta sección “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” para las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Dispositivos protésicos y ortésicos no diseñados para realizar actividades normales de la vida diaria (incluidos los dispositivos diseñados para ofrecer soporte adicional para actividades recreativas y deportivas).
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).
- Dispositivos protésicos y ortésicos (consulte “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”).
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”).

Cirugía Reconstructiva

Cubrimos los siguientes Servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras corporales anormales provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades si un Médico del Plan determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
- Luego de la extirpación total o parcial de un seno Médicamente Necesaria, ofrecemos cobertura para la reconstrucción del seno, para la cirugía y reconstrucción del otro seno a fin de lograr una apariencia simétrica y para el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Por los Servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva que reciba, deberá pagar el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con una cirugía reconstructiva. Por ejemplo, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el Costo Compartido que corresponde a los Servicios para pacientes hospitalizados y consulte “Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido” para conocer el Costo Compartido que corresponde a la cirugía para pacientes ambulatorios.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios dentales y de ortodoncia que son parte integral de la cirugía reconstructiva de paladar hendido (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”).
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Cirugía Reconstructiva” (consulte “Visitas al Consultorio”).

Exclusiones en la cirugía reconstructiva

- Cirugía que, a juicio del Médico del Plan especialista en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia.

Servicios de Rehabilitación y Habilitación

Cubrimos los Servicios descritos en la sección “Servicios de Rehabilitación y Habilitación” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los Servicios se brindan para atender una condición médica.
- Los Servicios son para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- Usted recibe los Servicios en un Centro de Atención del Plan, salvo que un Médico del Plan determine que es Médicamente Necesario que reciba los Servicios en otra ubicación.

Cubrimos los siguientes Servicios:

- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla individual para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla grupal para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla recibida a través de un programa organizado de rehabilitación interdisciplinario de tratamiento diurno.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista (consulte “Servicios de Salud Mental”).
- Atención médica a domicilio (consulte “Atención Médica a Domicilio”).
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”).

- Suministros para ostomía y urología (consulte “Suministros para Ostomía y Urología”).
- Dispositivos protésicos y ortésicos (consulte “Dispositivos Protésicos y Ortésicos”).
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla recibida durante una hospitalización cubierta en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).

Exclusiones en los Servicios de rehabilitación y habilitación

- Artículos y servicios que no son de atención médica (por ejemplo, atención de relevo, atención de día, atención recreativa, tratamiento en entorno residencial, servicios sociales, atención de custodia o servicios educativos de cualquier clase, incluida la capacitación vocacional).

Servicios de Salud Reproductiva

Servicios de planificación familiar

Cubrimos los siguientes Servicios cuando se brindan con fines de planificación familiar:

- Asesoramiento sobre planificación familiar.
- Anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada, y visitas al consultorio relacionadas con la inserción, la extracción y el control de estos cuando tienen fines anticonceptivos.
- Procedimientos de esterilización para Miembros de sexo femenino asignado al nacer.
- Procedimientos de esterilización para Miembros de sexo masculino asignado al nacer.

Servicios de Doulas del Plan

Si está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses y quiere obtener servicios de Doulas del Plan, hable con su equipo de atención. Cubrimos los siguientes servicios de Doulas del Plan:

- Una visita inicial.
- Hasta ocho visitas de una hora combinadas de cualquier manera entre visitas prenatales y posparto.
- Apoyo durante los partos.

Podrían estar disponibles hasta dos visitas posparto adicionales.

Aborto y Servicios relacionados con el aborto

Cubrimos los siguientes Servicios:

- Aborto quirúrgico.

- Medicamentos recetados según las pautas de la lista de medicamentos disponibles.
- Servicios relacionados con el aborto.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios para preservar la fertilidad debido a Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios para Preservar la Fertilidad debido a Infertilidad Iatrogénica”).
- Servicios para diagnosticar o tratar la Infertilidad (consulte “Servicios de Fertilidad”).
- Visitas al consultorio relacionadas con anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada cuando se proporcionan por motivos médicos y no cuando tienen fines anticonceptivos (consulte “Visitas al Consultorio”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios que no sean anticonceptivos (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).
- Servicios de imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios relacionados con servicios de planificación familiar (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios cuando se proporcionan por motivos médicos y no cuando tienen fines anticonceptivos (consulte “Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios”).

Exclusiones en los Servicios de salud reproductiva

- Reversión de la esterilización quirúrgica originalmente realizada con fines de planificación familiar.
- Exclusiones en los Servicios de Doulas del Plan:
 - ◆ Servicios clínicos o médicos (como medición de la presión arterial o temperatura, monitoreo del tono cardíaco fetal, exámenes vaginales o atención clínica posparto);
 - ◆ Asistencia con las actividades de la vida diaria;
 - ◆ Modalidades alternativas o complementarias (como aromaterapia, educación para el parto, terapia de masajes o encapsulación de la placenta);
 - ◆ Yoga;
 - ◆ Ceremonias de parto;
 - ◆ Suministros o medicamentos de venta libre;
 - ◆ Parto en el hogar.

Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico

Cubrimos los Servicios que reciba en relación con un ensayo clínico si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Habríamos cubierto los Servicios si no hubiesen estado relacionados con un ensayo clínico.
- Usted es elegible para participar en el ensayo clínico de acuerdo con el protocolo del ensayo en relación con el tratamiento del cáncer o de otra afección que pone en riesgo la vida (una afección con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa el avance de la afección), según se determine de una de las siguientes maneras:
 - ◆ Un Proveedor del Plan lo determina.
 - ◆ Nos proporciona información médica y científica que establece esta determinación.
- Si algún Proveedor del Plan participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en él, debe participar en el ensayo clínico a través de un Proveedor del Plan, a menos que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.
- El ensayo clínico es un Ensayo Clínico Aprobado.

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

- El estudio o la investigación se lleve a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- El estudio o la investigación sea un ensayo farmacológico que está exento de tener una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
- El estudio o la investigación cuenta con aprobación o financiación de al menos uno de los siguientes:
 - ◆ Los Institutos Nacionales de Salud.
 - ◆ Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - ◆ La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención Médica;
 - ◆ Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - ◆ Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores, o de los Departamentos de Defensa o de Asuntos de Veteranos;
 - ◆ Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros;

- ◆ El Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión externa por expertos que, según la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., cumpla con todos los siguientes requisitos: (1) sea compatible con el sistema de revisión externa por expertos de estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud y (2) garantice una revisión objetiva de los estándares científicos más elevados por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.

Para los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico, usted pagará el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuviesen relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a los Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Exclusiones en los servicios relacionados con un ensayo clínico

- Servicio en investigación.
- Servicios que se proporcionan exclusivamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis, y que no se usan para su tratamiento clínico.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada

Dentro del Área de Servicio, cubrimos los Servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada del Plan. Generalmente, los Servicios especializados para pacientes hospitalizados deben ser proporcionados por un Centro de Enfermería Especializada, cuyo nivel debe ser superior al de la atención de custodia o intermedia.

Cubrimos los siguientes Servicios:

- Servicios médicos y de enfermería.
- Habitación y comidas.
- Medicamentos recetados por un Médico del Plan como parte del plan de atención en un Centro de Enfermería Especializada del Plan según las pautas de la lista de medicamentos disponibles si son administrados por personal médico en ese centro.
- Equipo médico duradero si los Centros de Enfermería Especializada suministran regularmente el equipo (consulte “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas que generalmente proporcionan los Centros de Enfermería Especializada.
- Servicios medicosociales.
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración.
- Suministros médicos.
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
- Terapia respiratoria.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidad”).

Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias

Cubrimos los Servicios especificados en la sección “Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias” solamente cuando los Servicios son para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias. Un “Trastorno por Uso de Sustancias” es una condición que pertenece a alguna de las categorías de diagnóstico identificadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Tratamiento del trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias:

- Programas de tratamiento diurno.
- Asesoramiento individual y grupal sobre trastornos por abuso de sustancias.
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios.
- Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia.
- Tratamiento de mantenimiento con metadona en un centro de tratamiento certificado aprobado por el Grupo Médico.

Tratamiento en entorno residencial

Dentro del Área de Servicio, cubrimos los siguientes Servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento en entorno residencial certificado que brinda tratamiento individualizado de trastornos por uso de sustancias las 24 horas, los Servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento residencial de trastornos por uso de sustancias en un centro de tratamiento en entorno residencial certificado y los Servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- Asesoramiento individual y grupal sobre trastornos por abuso de sustancias.
- Servicios médicos.
- Control de los medicamentos.
- Habitación y alimentación.
- Servicios sociales.
- Medicamentos recetados por un Proveedor del Plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles si son administrados por el personal médico en el centro (para obtener información sobre los medicamentos que se recetan cuando se le da el alta del centro, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en esta sección “Beneficios”).
- Planificación del alta del hospital.

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

Cubrimos la hospitalización en un Hospital del Plan solo para el control médico de los síntomas de abstinencia, lo que incluye habitación y comidas, servicios de un Médico del Plan, medicamentos, Servicios para recuperarse de la dependencia, educación y asesoramiento.

Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Si no podemos proporcionarle una cita con un Proveedor del Plan según los estándares de plazo y acceso geográfico requeridos, le ofreceremos una referencia para un Proveedor que No Pertenece al Plan (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Además, cubrimos los Servicios proporcionados por un centro 988, un equipo móvil para casos de crisis u otro proveedor de servicios para casos de crisis de salud del comportamiento (colectivamente, “Servicios 988”) para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias sin autorización previa hasta que se estabiliza, según las leyes estatales.

Después de que el trastorno de salud mental o trastorno por uso de sustancias se estabiliza, la atención de postestabilización recibida de Proveedores que No Pertenecen al Plan está sujeta a autorización previa, según se describe en “Atención de Postestabilización” en la sección “Servicios de Emergencia”.

Para estos Servicios por referencia y Servicios 988, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios, incluidas pruebas de detección de drogas (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos autoadministrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”).

Consultas de Telesalud

El objetivo de las Consultas de Telesalud es que le resulte más conveniente recibir los Servicios cubiertos, cuando un Proveedor del Plan determine que son médicamente adecuados para su condición médica. Puede recibir Servicios cubiertos mediante las Consultas de Telesalud cuando estén disponibles, si los Servicios hubieran estado cubiertos según esta *EOC* y se hubieran proporcionado en persona. No tiene la obligación de usar las Consultas de Telesalud y, en su lugar, puede optar por recibir Servicios en persona de un Proveedor del Plan. Algunos Proveedores del Plan ofrecen Servicios solo a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no poseen ubicaciones físicas donde pueda recibir Servicios. Si recibe Servicios cubiertos de estos Proveedores del Plan, puede acceder a su historia clínica de la Consulta de Telesalud y, a menos que se oponga, dicha información se agregará a su historia clínica electrónica del Plan de Salud y se compartirá con su Médico de Atención Primaria.

Cubrimos los siguientes tipos de Consultas de Telesalud con Médicos de Atención Primaria, Especialistas No Médicos y Especialistas Médicos:

- Consultas interactivas por video.
- Consultas telefónicas programadas.

Servicios de Trasplante

Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea si el Grupo Médico otorga una referencia escrita para recibir atención en un centro de trasplantes, según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Después de recibir una referencia para acudir a un centro de trasplantes, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Si el Grupo Médico o el centro al que se le refiera determinan que no cumple los respectivos criterios para un trasplante, cubriremos solamente los Servicios que reciba antes de que se tome la determinación.
- El Plan de Salud, los Hospitales del Plan, el Grupo Médico y los Médicos del Plan no serán responsables de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- Según nuestras pautas de Servicios para donantes vivos, proporcionamos al donante, o a una persona que el Grupo Médico identifique como posible donante, ciertos Servicios relacionados con la donación, aunque este no sea Miembro. Los Servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted, que pueden incluir determinados Servicios para la obtención de órganos, tejidos o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Llame a Servicio a los Miembros si tiene preguntas sobre los Servicios de donantes.

Para los Servicios de trasplante cubiertos que reciba, pagará el Costo Compartido que debería pagar si los Servicios no estuvieran relacionados con un trasplante. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a los Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Brindaremos o pagaremos los Servicios relacionados con la donación para donantes posibles o reales (incluso si no son Miembros) según nuestras pautas de Servicios para donantes sin cargo.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios Dentales Médicamente Necesarios para prepararse para un trasplante (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”).
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”).

Servicios para la Vista para Miembros Adultos

Para los fines de la sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”, un “Miembro Adulto” es aquel que tiene 19 años o más y que no es un Miembro Pediátrico, según se define en “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Beneficios”. Por ejemplo, si cumple 19 años el 25 de junio, será un Miembro Adulto a partir del 1 de julio.

Los Miembros Adultos cuentan con cobertura para los siguientes servicios:

- Exámenes de los ojos de rutina con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias medidas correctivas (incluidos los Servicios de dilatación, cuando son Medicamente Necesarios) y para proporcionar una receta para lentes de anteojos.
- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo.
- Visitas a Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo.

Servicios Ópticos

Cubrimos los Servicios descritos en la sección “Servicios Ópticos” en los Consultorios Médicos o las Oficinas de Ventas de Productos Ópticos del Plan.

La fecha en que proporcionamos una Asignación (o una cobertura de otro tipo) para la compra de un artículo descrito en la sección “Servicios Ópticos” es la fecha en que usted lo solicita. Por ejemplo, si proporcionamos una Asignación para pagar el costo de un artículo que usted solicitó el 1 de mayo de 2023, y nuestras Asignaciones no se otorgan más de una vez cada 24 meses para ese tipo de artículo, no ofreceremos otra Asignación hasta el 1 de mayo de 2025 o después de esa fecha. Puede usar las Asignaciones descritas en la sección “Servicios Ópticos” solo cuando solicite un producto por primera vez. Si usa parte de una Asignación cuando solicita un producto por primera vez, no podrá usar el resto de esa Asignación más adelante.

Lentes de contacto especiales

Cubrimos lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Medicamente Necesarios (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan.
- Hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Medicamente Necesarios (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la afaquia (ausencia del cristalino del ojo) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan.

- Para otros lentes de contacto especiales que permitan una mejora significativa en la vista que no se logra con lentes de anteojos, cubrimos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses.

Anteojos y lentes de contacto

Proporcionamos una Asignación para comprar marcos de anteojos no más de una vez cada 24 meses cuando un Proveedor del Plan debe poner dos lentes (al menos una de las cuales debe tener un valor refractivo) en el marco. Consulte “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto de su Asignación.

Cubrimos un par de Lentes de Anteojos Regulares no más de una vez cada 12 meses cuando un médico u optometrista las receta y un Proveedor del Plan debe ponerlas en un marco.

No proporcionaremos una Asignación para comprar marcos de anteojos (ni las cubriremos de otro modo) si ya otorgamos una Asignación (o una cobertura de otro tipo) para la compra de marcos de anteojos en los últimos 24 meses. Cubrimos una lente correctora transparente cuando solo un ojo necesita corrección. Cubrimos lentes tintados cuando son Medicamente Necesarios para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.

Las “Lentes de Anteojos Regulares” son lentes que cumplen todos los siguientes requisitos:

- Son lentes de plástico transparentes de CR39.
- Al menos una de las dos lentes tiene un valor refractivo.
- Son lentes monofocales estándar, multifocales con línea divisoria, multifocales progresivos básicos o lenticulares.

Lentes y tratamientos opcionales

Cubrimos el costo total de Lentes de Anteojos Regulares. Si elige las siguientes lentes o tratamientos de lentes opcionales, usted es responsable de pagar el costo adicional correspondiente:

- Recubrimiento antirreflejante.
- Recubrimiento con color y lentes tintadas.
- Lentes “Trivex” con un índice de refracción de 1.53.
- Lentes de alto índice con un índice de refracción de 1.67 o 1.74.
- Recubrimiento espejado.
- Lentes de policarbonato para Miembros Adultos.

- Lentes fotocromáticos.
- Recubrimiento resistente a las rayas.
- Lentes con protección contra los rayos ultravioleta (UV).

Si prefiere lentes de contacto en lugar de lentes de anteojos y marcos, proporcionamos una Asignación para comprar lentes de contacto con un valor refractivo (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses si las receta un médico o un optometrista. Consulte “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto de su Asignación.

Dispositivos para personas con vista disminuida

Los dispositivos para personas con vista disminuida (incluidas la adaptación y la entrega) no están cubiertos según esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Pruebas de la vista de rutina cuando se realizan como parte de un examen físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”).
- Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos conforme a la sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”, como cirugía ambulatoria y medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el apartado que corresponda en la sección “Beneficios”).

Exclusiones en los Servicios para la Vista para Miembros Adultos

- Adornos para los anteojos o lentes de contacto, como grabados, facetado y aplicaciones de joyas.
- Artículos que no requieren receta médica por ley (además de los amazones de anteojos), como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación.
- Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo, excepto los que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”.
- Dispositivos para personas con vista disminuida.
- Reemplazo de lentes de contacto, lentes de anteojos y marcos perdidos, rotos o dañados.

Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos

Para los fines de la sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”, un “Miembro Pediátrico” comprende al miembro desde el nacimiento y hasta fin del mes en el que cumple 19 años. Por ejemplo, si cumple 19 años el 25 de junio, será un Miembro Adulto a partir del 1 de julio y su último minuto como Miembro Pediátrico será a las 11:59 p. m. del 30 de junio.

Los Miembros Pediátricos cuentan con cobertura para los siguientes servicios:

- Exámenes de los ojos de rutina con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias medidas correctivas (incluidos los Servicios de dilatación, cuando son Médicamente Necesarios) y para proporcionar una receta para lentes de anteojos.
- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo.
- Visitas a Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo.

Servicios Ópticos

Cubrimos los Servicios descritos en la sección “Servicios Ópticos” en los Consultorios Médicos o las Oficinas de Ventas de Productos Ópticos del Plan.

Lentes de contacto especiales

Cubrimos lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarios (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan.
- Hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Médicamente Necesarios (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la afaquia (ausencia del cristalino del ojo) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan.
- Para otros lentes de contacto especiales que permitan una mejora significativa en la vista que no se logra con lentes de anteojos, cubrimos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluídas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses.

Anteojos y lentes de contacto

Proporcionamos una Asignación para comprar marcos de anteojos no más de una vez cada 24 meses cuando un Proveedor del Plan debe poner dos lentes (al menos una de las cuales debe tener un valor refractivo) en el marco. Consulte “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto de su Asignación.

Cubrimos un par de Lentes de Anteojos Regulares no más de una vez cada 12 meses cuando un médico u optometrista las receta y un Proveedor del Plan debe ponerlas en un marco. Cubrimos una lente correctora transparente cuando solo un ojo necesita corrección. Cubrimos lentes tintadas cuando son Médicamente Necesarias para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.

No proporcionaremos una Asignación para comprar marcos de anteojos (ni las cubriremos de otro modo) si ya otorgamos una Asignación (o una cobertura de otro tipo) para la compra de marcos de anteojos en los últimos 24 meses.

Las “Lentes de Anteojos Regulares” son lentes que cumplen todos los siguientes requisitos:

- Son de CR-39 plástico transparente o de policarbonato.
- Al menos una de las dos lentes tiene un valor refractivo.
- Son lentes monofocales estándar, multifocales con línea divisoria, multifocales progresivos básicos o lenticulares.

Lentes y tratamientos opcionales

Cubrimos el costo total de Lentes de Anteojos Regulares. Si elige las siguientes lentes o tratamientos de lentes opcionales, usted es responsable de pagar el costo adicional correspondiente:

- Recubrimiento antirreflejante.
- Recubrimiento con color y lentes tintadas.
- Lentes “Trivex” con un índice de refracción de 1.53.
- Lentes de alto índice con un índice de refracción de 1.67 o 1.74.
- Recubrimiento espejado.
- Lentes fotocromáticos.
- Recubrimiento resistente a las rayas.
- Lentes con protección contra los rayos ultravioleta (UV).

Si prefiere lentes de contacto en lugar de lentes de anteojos y marcos, proporcionamos una Asignación para comprar lentes de contacto con un valor refractivo (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses si la receta un médico o un optometrista. Consulte “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto de su Asignación.

Dispositivos para personas con vista disminuida

Los dispositivos para personas con vista disminuida (incluidas la adaptación y la entrega) no están cubiertos según esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Pruebas de la vista de rutina cuando se realizan como parte de un examen físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”).
- Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos conforme a la sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”, como cirugía ambulatoria y medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el apartado que corresponda en la sección “Beneficios”).

Exclusiones en los Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos

- Adornos para los anteojos o lentes de contacto, como grabados, facetado y aplicaciones de joyas.
- Artículos que no requieren receta médica por ley (además de los amazones de anteojos), como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación.
- Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo, excepto los que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”.
- Dispositivos para personas con vista disminuida.
- Reemplazo de lentes de contacto, lentes de anteojos y marcos perdidos, rotos o dañados.

Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones

Exclusiones

Los artículos y servicios incluidos en la lista de la sección “Exclusiones” no tienen cobertura. Estas exclusiones se aplican a todos los Servicios que, de otro modo, estarían cubiertos según esta *EOC*, independientemente de si estos servicios se encuentran dentro del ámbito de la licencia o certificado de un proveedor. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los Servicios Médicamente Necesarios para tratar trastornos de salud mental o trastornos por uso de sustancias que pertenecen a alguna de las categorías de diagnóstico identificadas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Ciertos exámenes y Servicios

Exámenes físicos de rutina y otros Servicios que no son Médicamente Necesarios, como los que se piden (1) para obtener o conservar el empleo o para participar en programas de empleados, (2) para obtener seguros, acreditaciones o licencias, (3) para hacer viajes o (4) por orden judicial o para obtener la libertad condicional o un periodo de prueba.

Servicios Quiroprácticos

Servicios Quiroprácticos y Servicios de un quiropráctico, a menos que tenga cobertura para Servicios quiroprácticos suplementarios, según describe en una enmienda a esta *EOC*.

Servicios Estéticos

Servicios que tienen el objetivo principal de cambiar o mantener su apariencia, incluida la cirugía estética (una cirugía que se hace para modificar o restaurar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia); esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Los Servicios cubiertos en “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios”.
- Estos dispositivos cubiertos según “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la sección “Beneficios”: implantes testiculares como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de extirpar parcial o totalmente un seno y prótesis para reemplazar parcial o totalmente una parte externa de la cara.

Atención de custodia

Ayuda con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos).

Esta exclusión no se aplica a la ayuda con actividades de la vida diaria que se brinda en centros de cuidados paliativos, Centros de Enfermería Especializada o como parte de los Servicios para pacientes hospitalizados cubiertos.

Servicios dentales y de ortodoncia

Servicios dentales y de ortodoncia, como radiografías, dispositivos, implantes, Servicios proporcionados por un dentista o un ortodoncista, Servicios dentales después de una lesión accidental de los dientes y Servicios dentales necesarios después de un tratamiento médico, como la cirugía de mandíbula y la radioterapia.

Esta exclusión no se aplica a los siguientes Servicios:

- Servicios cubiertos en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la sección “Beneficios”.
- Servicios descritos en “Lesiones de los Dientes” en la sección “Beneficios”.
- Servicios dentales pediátricos, según se describe en una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos a esta EOC, si la hubiera. Si su plan tiene una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos, se adjuntará a esta EOC y se incluirá en su Índice.

Suministros desechables

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendas, gasas, cinta, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, toallas sanitarias y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos según “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Suministros para Ostomía y Urología” y “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios”.

Servicios experimentales o en investigación

Un Servicio es experimental o en investigación si, en consulta con el Grupo Médico, determinamos que se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los estándares médicos generalmente aceptados no lo reconocen como seguro y eficaz para el tratamiento de la enfermedad en cuestión (incluso si ya ha sido autorizado por las leyes vigentes para el uso en pruebas o en otros estudios en pacientes humanos).
- Requiere de aprobación gubernamental que aún no se ha obtenido en el momento en que debe proporcionarse el Servicio.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Servicios experimentales o de investigación, cuando se ha presentado una solicitud de investigación ante la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y el fabricante o un tercero pone los Servicios a su disposición o de Kaiser Permanente a través de un procedimiento autorizado por la FDA; pero no cubriremos Servicios que los patrocinadores de investigaciones en general proporcionan sin costo a los participantes de ensayos clínicos u otros protocolos de tratamiento de investigación.
- Servicios cubiertos en “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios”.

Consulte la sección “Resolución de Disputas” para obtener información sobre las Revisiones Médicas Independientes y la denegación de solicitudes para Servicios experimentales o en investigación.

Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello

Servicios y artículos para promover, evitar o tratar de alguna forma la pérdida del cabello o favorecer el crecimiento.

Atención intermedia

Atención que se brinda en un centro de atención intermedia certificado. Esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos según “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio” y “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”.

Artículos y servicios que no son artículos y servicios de atención médica

Por ejemplo, no cubrimos lo siguiente:

- Enseñanza de modales y etiqueta;
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de actividades diarias, proyectos o tareas;

- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas;
- Servicios de enseñanza y apoyo para incrementar la inteligencia;
- Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades, como gramática, matemáticas y administración del tiempo;
- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene usted dislexia;
- Exámenes educativos;
- Enseñanza de arte, danza, equitación, música, juego o natación;
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales;
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales;
- Cursos de crecimiento profesional;
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral;
- Terapia acuática y otra hidroterapia; esta exclusión no se aplica a los Servicios de terapia que sean parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que tengan cobertura según “Atención Médica a Domicilio”, “Servicios de Cuidados Paliativos”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación” o “Atención en un Centro de Enfermería Especializada” en la sección “Beneficios”.

Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo

Artículos y servicios (como cirugía del ojo o lentes de contacto para cambiar la forma del ojo) con el objetivo de corregir defectos refractivos del ojo, como miopía, hipermetropía o astigmatismo.

Terapia de masajes

Terapia de masajes y servicios de terapeutas de masajes.

Suplementos para la pérdida de peso y nutrición por vía oral

Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos alimentarios, suplementos a base de hierbas, fórmulas infantiles, alimentos y suplementos para la pérdida de peso.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Productos modificados con aminoácidos y fórmula para la alimentación por sonda cubiertos en el apartado “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios”.

- Fórmula para la alimentación por sonda cubierta según “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la sección “Beneficios”.

Atención residencial

Atención en un centro donde permanezca de un día para el otro; esta exclusión no se aplica si la estadía de un día para el otro forma parte de la atención cubierta que reciba en un hospital o un Centro de Enfermería Especializada o de la atención de relevo para pacientes hospitalizados cubierta según la sección “Cuidados Paliativos”.

Artículos y servicios para el cuidado de los pies de rutina

Artículos y servicios para el cuidado de los pies de rutina que no sea Medicamento Necesario.

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos

Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro Servicio que por ley deba contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con esa aprobación. Esta exclusión se aplica a los Servicios que se proporcionan en cualquier lugar, incluso fuera de EE. UU.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Servicios cubiertos en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” que reciba fuera de EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación, cuando se ha presentado una solicitud de investigación ante la FDA y el fabricante o un tercero pone los Servicios a su disposición o de Kaiser Permanente a través de un procedimiento autorizado por la FDA; pero no cubriremos Servicios que los patrocinadores de investigaciones en general proporcionan sin costo a los participantes de ensayos clínicos u otros protocolos de tratamiento de investigación.
- Servicios cubiertos según “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios”.
- Servicios relacionados con el COVID-19 para los cuales la FDA ha concedido una autorización para el uso de emergencia (las pruebas de laboratorio, los tratamientos terapéuticos y las vacunas para el COVID-19 deben ser recetados o suministrados por un proveedor de atención médica certificado que actúe dentro del alcance de su práctica y del estándar de atención).

Consulte la sección “Resolución de Disputas” para obtener información sobre las Revisiones Médicas Independientes y la denegación de solicitudes para Servicios experimentales o en investigación.

Servicios brindados por personas no certificadas

Servicios brindados de manera segura y eficaz por personas que no necesiten licencias o certificados estatales para prestar servicios de atención médica y en los casos en que la condición del Miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica certificado.

Esta exclusión no se aplica a los servicios de Doulas del Plan cubiertos.

Servicios relacionados con un Servicio no cubierto

Cuando un Servicio no está cubierto, quedan excluidos todos los Servicios relacionados, excepto los que de otra forma estuvieran cubiertos para el tratamiento de complicaciones del Servicio no cubierto. Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética no cubierta, no cubrimos los Servicios que usted recibe durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación potencialmente mortal, tal como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier Servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Maternidad subrogada

Servicios que se prestan a una persona en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, excepto por los servicios que de otra manera tienen cobertura y se brindan a un Miembro que es madre subrogada. Consulte “Acuerdos de Maternidad Subrogada” en “Reducciones” de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones” para obtener información sobre sus obligaciones con nosotros en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, incluida su obligación de reembolsarnos por los Servicios que cubramos y de proporcionarnos información sobre cualquier persona que pueda ser económicamente responsable de los Servicios que recibirán los bebés.

Gastos de traslado y alojamiento

Los gastos de traslado y alojamiento, excepto según se describe en nuestra Descripción del Programa de Traslado y Alojamiento. La Descripción del Programa de Traslado y Alojamiento está disponible en línea, en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (haga clic en “Español”), o puede obtenerla llamando a Servicio a los Miembros.

Limitaciones

Haremos todo lo posible para proporcionar o coordinar Servicios cubiertos conforme a la disponibilidad de centros o de personal en el caso de presentarse alguna circunstancia inusual que retrase o impida proporcionar de manera práctica un Servicio según esta *EOC*, como desastres graves, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, imposibilidad de trabajar de gran parte del personal de un Centro de Atención del Plan, destrucción parcial o total de las instalaciones y conflictos laborales.

En esas circunstancias, si tiene una Condición Médica de Emergencia, llame al 911 o acuda al Departamento de Emergencias más cercano según se describe en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” y le ofreceremos cobertura y reembolso según se describe en esa sección.

Coordinación de Beneficios

Los Servicios cubiertos según esta *EOC* están sujetos a las reglas de coordinación de beneficios.

Cobertura que no pertenece a Medicare

Si usted tiene cobertura médica o dental con otro plan que se rige por la coordinación de beneficios, coordinaremos los beneficios con su otra cobertura según las reglas de coordinación de beneficios del Departamento de Atención Médica Administrada de California. Dichas reglas se han incorporado a esta *EOC*.

Si la otra cobertura y nosotros cubrimos el mismo Servicio, nos ocuparemos de cubrir en conjunto el 100 % de los gastos médicos cubiertos para ese Servicio. Las reglas de coordinación de beneficios determinan qué cobertura paga en primer lugar (cobertura “primaria”) y qué cobertura paga en segundo lugar (cobertura “secundaria”). La cobertura secundaria puede reducir lo que debe pagar para tener en cuenta el pago realizado por la cobertura primaria. Debe proporcionarnos cualquier información que solicitemos para ayudarnos a coordinar los beneficios.

Si su cobertura según esta *EOC* es secundaria, podríamos establecer una Cuenta de Reserva de Beneficios para usted. Podría usar esta cuenta durante un año calendario para pagar los gastos de bolsillo de los Servicios que tengan cobertura parcial con su otra cobertura o con nosotros durante ese año calendario. Si tiene derecho a usar una Cuenta de Reserva de Beneficios, le brindaremos información detallada al respecto.

Si tiene preguntas sobre la coordinación de beneficios, puede llamar a Servicio a los Miembros.

Cobertura de Medicare

Si tiene cobertura de Medicare, coordinaremos los beneficios con la cobertura de Medicare de acuerdo con sus reglas. Las normas de Medicare determinan qué cobertura paga en primer lugar (cobertura “primaria”) y qué cobertura paga en segundo lugar (cobertura “secundaria”). Debe proporcionarnos cualquier información que solicitemos para ayudarnos a coordinar los beneficios. Llame a Servicio a los Miembros para conocer qué reglas de Medicare corresponden a su situación y cómo se gestionará el pago.

Reducciones

Responsabilidad del empleador

En el caso de Servicios que la ley exige que sean proporcionados por un empleador, no pagaremos al empleador estos Servicios y, si los cubrimos, podremos solicitar al empleador un reembolso.

Responsabilidad de las agencias gubernamentales

En el caso de Servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a esta agencia por los Servicios y, si los cubrimos, podremos solicitar a la agencia un reembolso.

Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros

Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte de un tercero o en su nombre que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que recibió Servicios cubiertos, deberá reembolsarnos hasta el monto máximo permitido según la Sección 3040 del Código Civil de California. Este reembolso no está limitado por el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan ni está sujeto a este. Nota: La sección “Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros” no afecta su obligación de pago del Costo Compartido para estos Servicios.

Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de asumir como nuestros los reclamos, las causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa gubernamental u otro origen de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente provocada por un tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial (1) contra un tercero o (2) de otros tipos de cobertura u orígenes del pago, que incluyen, entre otras: coberturas de responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador o lesiones personales, otros tipos de pagos médicos y todos los demás tipos de coberturas u orígenes del pago que están directamente involucradas. El dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial o los pagos que reciba se aplicarán en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos.

En un plazo de 30 días tras haber presentado un reclamo o una acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a la siguiente dirección:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 502-214-1137

A fin de poder determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención con instrucciones para su abogado, el tercero y su compañía aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, cesar o reducir nuestros derechos en virtud de esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o protector presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma manera que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

Si tiene Medicare, puede aplicarse la ley de Medicare en relación con los Servicios cubiertos por Medicare.

Acuerdos de Maternidad Subrogada

Si celebra un Acuerdo de Maternidad Subrogada y usted u otro beneficiario tienen derecho a recibir una compensación monetaria según dicho acuerdo, debe reembolsarnos los Servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto (“Servicios de Salud para Maternidad Subrogada”) hasta la cantidad máxima permitida conforme a la Sección 3040 del Código Civil de California. Nota: La sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” no afecta su obligación de pagar su Costo Compartido para estos Servicios. Después de que entregue el bebé a los padres legales, no deberá pagar ningún cargo por los Servicios que el bebé reciba (los padres legales son económicamente responsables de los Servicios que el bebé reciba).

Al aceptar los Servicios de Salud para Maternidad Subrogada, usted automáticamente nos cede su derecho de recibir pagos que se le deban acreditar a usted o al beneficiario que haya escogido conforme al Acuerdo de Maternidad Subrogada, independientemente de si estos pagos se califican como gastos médicos.

Para garantizar nuestros derechos, también tendremos un derecho de retención sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos. Esos pagos (y las cantidades de cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos) deben usarse inicialmente para satisfacer nuestro derecho de retención. La cesión y nuestro derecho de retención no excederán la cantidad total de su obligación con nosotros de conformidad con el párrafo que antecede.

En el plazo de 30 días después de haber celebrado un Acuerdo de Maternidad Subrogada, debe enviar una notificación por escrito del acuerdo, que incluya la siguiente información:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las partes del acuerdo.
- Nombres, direcciones y números de teléfono del agente de custodia o administrador.
- Nombres, direcciones y números de teléfono de los futuros padres y de cualquier otra parte que sea económicamente responsable de los Servicios que reciba el bebé (o los bebés), entre ellos, los nombres, las direcciones y los números de teléfono de cualquier seguro médico que cubrirá los Servicios recibidos por el bebé (o los bebés).
- Una copia firmada de cualquier contrato u otros documentos en los que se explique el acuerdo.
- Cualquier otra información que solicitemos para garantizar nuestros derechos.

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 502-214-1137

Debe llenar y enviarnos todos los consentimientos, cesiones, autorizaciones, formularios de derechos de retención y demás documentos que nos sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de todo derecho que podamos tener de acuerdo con la sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” y para satisfacer tales derechos. Usted puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos contemplados en esta sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o protector presentan un reclamo contra un tercero en virtud del Acuerdo de Maternidad Subrogada, su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma manera que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero.

Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

Si tiene preguntas sobre sus obligaciones conforme a esta disposición, llame a Servicio a los Miembros.

Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

En el caso de Servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento tales Servicios y, si los cubrimos, podremos solicitar al departamento un reembolso

Beneficios por responsabilidad civil del empleador o de compensación del trabajador

Es posible que usted sea elegible para recibir pagos u otros beneficios, incluidas las cantidades recibidas de un dictamen judicial (a lo que colectivamente se le llama “Beneficio Financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los Servicios cubiertos incluso si no estuviera claro que tiene derecho a recibir el Beneficio Financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los Servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- Cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.
- Usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se ofrezca o sea pagadero, o debiera haberse prestado o pagado, si usted hubiera intentado con diligencia establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero según las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad civil del empleador.

Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio

En la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”, se explica cómo presentar un reclamo para el pago o el reembolso de Servicios que ya recibió. Use los procedimientos de esta sección para las siguientes situaciones:

- Recibió Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o pruebas, tratamientos terapéuticos y vacunas para el COVID-19 de un Proveedor que No Pertenece al Plan y quiere que paguemos los Servicios.
- Recibió Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan que no autorizamos (que no sean Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o pruebas, tratamientos terapéuticos y vacunas para el COVID-19) y quiere que paguemos los Servicios.

- Quiere apelar una denegación de un reclamo inicial para el pago.

Siga los procedimientos que se indican en “Quejas Formales” de la sección “Resolución de Disputas” en las siguientes situaciones:

- Quiere que cubramos Servicios que todavía no ha recibido.
- Quiere que sigamos ofreciendo cobertura para un tratamiento cubierto en curso.
- Quiere apelar una denegación por escrito de una solicitud de Servicios que requieren autorización previa (según se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias”).

Quién Puede Presentar un Reclamo

Las siguientes personas pueden presentar reclamos:

- Usted mismo.
- Puede pedir a un amigo, pariente, abogado o a cualquier otra persona que presente un reclamo por usted si lo nombra su representante autorizado por escrito.
- Uno de los padres puede presentar el reclamo en nombre de su hijo menor de 18 años, pero el menor debe nombrarlo su representante autorizado, si tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con el reclamo.
- Un tutor nombrado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su tutela, pero dicha persona debe nombrar al tutor designado por el tribunal como representante autorizado si la persona bajo tutela tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con el reclamo.
- Un protector designado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su protección.
- Un representante con un poder legal para la atención médica vigente puede presentar un reclamo por el titular, en la medida que lo autorice la ley del estado.

Los representantes autorizados deben estar designados por escrito mediante un formulario de autorización o alguna otra notificación por escrito. Para obtener el formulario de autorización, consulte a la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan, visite nuestro sitio web, kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros. Su autorización por escrito deberá adjuntarse al reclamo. Deberá pagarle a la persona que contrate para que le ayude o le represente.

Documentos de Respaldo

Puede solicitar un pago o un reembolso de manera verbal o por escrito. Su solicitud de pago o reembolso, así como cualquier documento relacionado que nos brinde, constituye su reclamo.

Formularios de reclamo por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios relacionados con el COVID-19

Para presentar un reclamo por escrito por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o pruebas, tratamientos terapéuticos y vacunas para el COVID-19, use nuestro formulario de reclamo. Puede obtener uno de las siguientes maneras:

- Ingrese a nuestro sitio web, en kp.org/espanol.
- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan o solicítelo a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Formulario de reclamo para todos los demás Servicios

Para presentar un reclamo por escrito para todos los demás Servicios, puede usar nuestro formulario para quejas formales. Puede obtener uno de las siguientes maneras:

- Ingrese a nuestro sitio web, en kp.org/espanol.
- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan o solicítelo a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Otra información de respaldo

Cuando presente un reclamo, incluya cualquier información que aclare o apoye su postura. Por ejemplo, si pagó Servicios, incluya las facturas y los recibos que respalden su reclamo. Para solicitar que paguemos los Servicios proporcionados por un Proveedor que No Pertenece al Plan, incluya las facturas de dicho proveedor. Si el Proveedor que No Pertenece al Plan indica que presentará un reclamo, usted seguirá siendo responsable de asegurarse de que nosotros recibamos toda la documentación necesaria para procesar la solicitud de pago. Cuando corresponda, solicitaremos su historia clínica a los Proveedores del Plan en su nombre. Si nos dice que ha consultado a un Proveedor que No Pertenece al Plan y no puede presentar las copias de las historias clínicas pertinentes, nos comunicaremos con el proveedor para pedirle una copia. En este caso, le pediremos que nos entregue una autorización por escrito para que podamos solicitar los registros.

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su reclamo, puede solicitarla, y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente sin cargo alguno. Además, tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento que pudieran estar vinculados con su reclamo, así como sus significados. Para hacer una solicitud, debe seguir los pasos que se detallan en el aviso por escrito que se le envió acerca de su reclamo.

Reclamos Iniciales

Para solicitar que le paguemos a un proveedor (o le entreguemos un reembolso a usted) por Servicios que ya ha recibido, debe presentar un reclamo. Si tiene preguntas sobre el proceso de reclamo, llame a Servicio a los Miembros.

Cómo presentar un reclamo por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios relacionados con el COVID-19

Para presentar un reclamo (solicitud de pago o reembolso):

- Visite kp.org/espanol, complete un formulario electrónico y suba la documentación de respaldo.
- Envíe por correo un formulario impreso que puede obtener en kp.org/espanol. También puede llamar a Servicio a los Miembros.
- Si no tiene acceso al formulario electrónico (ni puede obtener el formulario impreso), envíe por correo la información mínima y necesaria para procesar su reclamo:
 - ◆ Nombre del miembro o paciente y número de historia clínica.
 - ◆ La fecha en la que recibió los Servicios.
 - ◆ El lugar en donde recibió los Servicios.
 - ◆ Quién le prestó los Servicios.
 - ◆ Por qué considera que nosotros deberíamos pagar los Servicios.
 - ◆ Una copia de la factura, su historia clínica por estos Servicios y su recibo si pagó por los Servicios.

Dirección postal para presentar su reclamo a Kaiser Permanente:

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

Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar un reclamo.

Cómo presentar un reclamo para todos los demás Servicios

Si recibió Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan que no autorizamos, deberá presentar un reclamo tan pronto como sea posible después de haber recibido los Servicios de una de las siguientes maneras:

- Entregue su reclamo en una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Envíe su reclamo por correo a una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Ingrese a nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar un reclamo.

Después de que recibamos su reclamo

Le enviaremos una carta de confirmación en un plazo de cinco días después de recibir su reclamo.

Una vez que hayamos revisado su reclamo le responderemos de la siguiente manera:

- Si tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días después de haber recibido su reclamo. Podemos extender el plazo 15 días más si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le enviamos el aviso en un plazo de 30 días después de haber recibido su reclamo.
- Si necesitamos más información, se la pediremos antes de que termine el periodo inicial de 30 días. Le enviaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que recibamos la información adicional. Si no recibimos la información necesaria en el plazo especificado en nuestra carta, tomaremos la decisión de acuerdo con la información que tengamos dentro de los 15 días después del plazo inicial.

Si le pagamos alguna parte de su reclamo, restaremos el Costo Compartido correspondiente a cualquier pago que le hagamos a usted o al Proveedor que No Pertenece al Plan. Usted no es responsable de pagar ningún monto además del Costo Compartido por los Servicios de Emergencia cubiertos. Si denegamos su reclamo (si no estamos de acuerdo en pagar todos los Servicios que solicitó, además del Costo Compartido correspondiente), en nuestra carta le explicaremos por qué denegamos su reclamo y cómo puede apelar.

Si posteriormente recibe facturas del Proveedor que No Pertenece al Plan por Servicios cubiertos (que no sean facturas por el Costo Compartido), llame a Servicio a los Miembros para recibir ayuda.

Apelaciones

Reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios relacionados con el COVID-19 de un Proveedor que No Pertenece al Plan

Si nuestra decisión no le es del todo favorable y quiere apelarla, puede presentar su apelación de una de las siguientes maneras:

- Envíe su apelación al Departamento de Reclamos a la siguiente dirección:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Special Services Unit
P.O. Box 23280
Oakland, CA 94623
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Ingrese a nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Reclamos por todos los demás Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan que no autorizamos

Si nuestra decisión no le es del todo favorable y quiere apelarla, puede presentar su apelación de una de las siguientes maneras:

- Ingrese a nuestro sitio web, en kp.org/espanol.
- Envíe su apelación por correo a una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan o a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Cuando presente una apelación, incluya cualquier información que aclare o apoye su postura. Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su reclamo, puede solicitarla, y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente sin cargo alguno. Para presentar una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Información adicional sobre los reclamos por todos los demás Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan que no autorizamos

Si inicialmente denegamos su solicitud, debe presentar su apelación dentro de los 180 días después de la fecha en que recibió nuestra carta de denegación. También puede enviarnos información, incluidos comentarios, documentos y otros registros de salud que considere que respaldan su reclamo. Si le pedimos información adicional y usted no la proporcionó antes de que tomáramos la decisión inicial sobre su reclamo, todavía puede enviarnos esta información para incluirla en la revisión. Envíenos toda la información adicional a la dirección o al número de fax que se detallan en la carta de denegación.

También puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección que se menciona en nuestra carta de confirmación, que le enviamos en un plazo de cinco días después de haber recibido su apelación. Para hacer los arreglos y presentar su declaración por teléfono, llame al número que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos a su archivo de apelación la información que proporcione a través de su declaración o de otros medios y la revisaremos sin considerar si fue presentada o tomada en cuenta en nuestra decisión inicial sobre su solicitud de Servicios. Tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento que pudieran estar vinculados con su reclamo, así como sus significados.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que recopilamos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión final, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con la decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en su archivo de apelación.

Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días después de haber recibido su apelación. Si nuestra decisión no le es del todo favorable, en nuestra carta se le explicará el motivo y se describirán otros derechos de apelación.

Revisión Externa

Debe agotar los procedimientos internos de reclamos y apelaciones antes de que pueda solicitar una revisión externa, a menos que no hayamos cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones que se describen en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”.

Para obtener información sobre el proceso de revisión externa, consulte “Revisión Médica Independiente (IMR)” en la sección “Resolución de Disputas”.

Revisión Adicional

Si no queda conforme después de haber agotado todos nuestros procedimientos internos de reclamos y apelaciones, podría tener ciertos derechos adicionales y, si corresponde, solicitar una revisión externa:

- Si el plan de beneficios de su Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), puede iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la ERISA. Para entender estos derechos, consulte a su Grupo o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (parte del Departamento de Trabajo de EE. UU.) al **1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)**.
- Si el plan de beneficios de su Grupo no está sujeto a la ERISA (por ejemplo, la mayoría de los planes gubernamentales locales o estatales y los planes ofrecidos a través de una iglesia), usted podría tener derecho a solicitar una revisión por parte de los tribunales estatales.

Resolución de Disputas

Nos comprometemos a brindar atención de calidad y una respuesta oportuna a sus inquietudes. Si tiene alguna duda, puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros en la mayoría de los Centros de Atención del Plan, o bien puede llamar a Servicio a los Miembros.

Quejas Formales

En la sección “Quejas Formales”, se describe nuestro procedimiento de queja formal. Una queja formal es cualquier expresión de disconformidad expresada por usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas formales. Si desea presentar un reclamo por un pago o un reembolso de Servicios que ya ha recibido de un Proveedor que No Pertenece al Plan, siga el procedimiento indicado en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”.

Algunas razones por las que podría presentar una queja formal son las siguientes:

- No está conforme con la calidad de la atención que recibió.
- Recibe por escrito una denegación de Servicios que requieren una autorización previa de parte de Grupo Médico y desea que cubramos los Servicios.

- Recibe una denegación por escrito de una segunda opinión o no respondimos a su solicitud de una segunda opinión de manera oportuna, según corresponda para su condición.
- Desea que cubramos los Servicios que un médico del plan ha considerado que no son Medicamente Necesarios.
- Le informaron que los Servicios no tienen cobertura, pero usted considera que deberían tenerla.
- Quiere que sigamos ofreciendo cobertura para un tratamiento cubierto en curso.
- Está insatisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para recibir los Servicios, entre ellos, conseguir una consulta, en la sala de espera o en la sala de exámenes.
- Desea informar sobre el comportamiento indebido de un proveedor o del personal, o su inconformidad con las condiciones de un centro de atención.
- Cree que los proveedores, el personal o el Plan de Salud lo discriminaron.
- Cancelamos su membresía, y usted no está de acuerdo con dicha cancelación.

Quién puede presentar una queja formal

Las siguientes personas pueden presentar una queja formal:

- Usted mismo.
- Puede pedir a un amigo, pariente, abogado o a cualquier otra persona que presente una queja formal por usted si lo nombra su representante autorizado por escrito.
- Uno de los padres puede presentar el reclamo en nombre de su hijo menor de 18 años, pero el menor debe nombrarlo su representante autorizado si tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja formal.
- Un tutor nombrado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su tutela, pero dicha persona debe nombrar al tutor designado por el tribunal como representante autorizado si la persona bajo tutela tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja formal.
- Un protector designado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su protección.
- Un representante con un poder legal para la atención médica vigente puede presentar un reclamo por el titular, en la medida que lo autorice la ley del estado.
- Su médico puede actuar como su representante autorizado con su consentimiento verbal para solicitar una queja formal urgente según se describe en “Procedimiento urgente” en la sección “Quejas Formales”.

Los representantes autorizados deben estar designados por escrito mediante un formulario de autorización o alguna otra notificación por escrito. Para obtener el formulario de autorización, consulte a la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan, visite nuestro sitio web, kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros. Su autorización por escrito deberá adjuntarse a la queja formal. Deberá pagarle a la persona que contrate para que le ayude o le represente.

Cómo presentar una queja formal

Puede presentar una queja formal de manera verbal o por escrito. Su queja formal debe incluir toda la información necesaria, por ejemplo, los motivos por los que cree que se tomó una decisión errónea o por qué no está satisfecho con los Servicios que recibió.

Procedimiento Estándar

Para presentar una queja formal de manera electrónica, use el formulario de quejas formales en kp.org/espanol.

Para presentar una queja formal de manera verbal, llame a Servicio a los Miembros, a la línea telefónica sin costo **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Para presentar una queja formal por escrito, use nuestro formulario para quejas formales disponible en kp.org/espanol, en “Formularios y publicaciones”. También puede solicitarlo en persona, en una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan o a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros). Puede presentar el formulario de las siguientes maneras:

- En persona, en cualquier oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan.
- Por correo postal a cualquier oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan.

Debe presentar su queja formal en un plazo de 180 días después de ocurrido el incidente o la acción que ha causado su inconformidad. También puede enviarnos información, incluidos comentarios, documentos y otros registros de salud que considere que respaldan su queja formal.

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

Si su queja formal incluye una solicitud para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Si nuestra decisión no le es favorable, en nuestra carta se le explicará el motivo y se describirán sus derechos de apelación.

Para obtener información sobre cómo solicitar una revisión por una organización de revisión independiente, consulte “Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles” en esta sección “Resolución de Disputas”.

Para todas las demás quejas formales, le enviaremos una carta de confirmación en un plazo de cinco días después de haber recibido su queja formal. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días después de haber recibido su queja formal. Si está solicitando Servicios y nuestra decisión no le es favorable, en nuestra carta se le explicará el motivo y se describirán sus derechos de apelación.

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su queja formal, puede solicitarla, y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente sin cargo alguno. Para presentar una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Procedimiento urgente

Si quiere que consideremos su queja formal de manera urgente, debe solicitarlo en el momento de presentarla. Nota: En ocasiones, “urgente” se denomina “apremiante”. Si existen circunstancias apremiantes, es posible que su queja formal se revise mediante el procedimiento urgente que se describe en esta sección.

Debe presentar su queja formal urgente de una de las siguientes maneras:

- Llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas, a la línea telefónica sin costo **1-888-987-7247** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Envíe por correo una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
- Envíe su solicitud por fax a la Unidad de Revisiones Aceleradas, a la línea telefónica sin costo **1-888-987-2252**.
- Visite una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Complete el formulario de queja formal en nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Nosotros decidiremos si su queja formal es urgente o no urgente, a menos que el proveedor de atención médica tratante nos informe que su queja formal es urgente. Si determinamos que su queja formal no es urgente, seguiremos el procedimiento descrito en “Procedimiento estándar” en esta sección “Quejas Formales”.

En general, una queja formal es urgente solo si se cumplen una de las siguientes situaciones:

- Usar el procedimiento estándar podría poner en grave riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar sus funciones corporales al máximo.
- Usar el procedimiento estándar podría, en opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, provocarle dolor de una intensidad tal que no podría controlarse adecuadamente sin prolongar el tratamiento con cobertura.
- Un médico con conocimiento de su condición médica determina que su queja formal es urgente.
- Usted recibió Servicios de Emergencia, pero no lo han dado de alta de un centro de atención, y su solicitud consiste en una hospitalización, continuación de hospitalización u otro Servicio de atención médica.
- Recibe actualmente un ciclo de tratamiento con un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles y su queja formal consiste en la solicitud de volver a surtir un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles.

En el caso de la mayoría de las quejas formales que respondemos de manera urgente, le daremos un aviso verbal de nuestra decisión tan pronto como su condición clínica lo requiera, en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido la solicitud. Le enviaremos una confirmación por escrito de nuestra decisión en un plazo de tres días después de haber recibido su queja formal.

Si su queja formal incluye una solicitud para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles y respondemos a su solicitud de manera urgente, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Para obtener información sobre cómo solicitar una revisión por una organización de revisión independiente, consulte “Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles” en esta sección “Resolución de Disputas”.

Si nuestra decisión no le es del todo favorable, en nuestra carta se le explicará el motivo y se describirán otros derechos de apelación.

Nota: Si tiene un problema que representa un peligro grave o inminente para su salud (como dolor intenso, riesgo de muerte o la posible pérdida de extremidades o de funciones corporales importantes), puede comunicarse directamente con el Departamento de Atención Médica Administrada de California en cualquier momento al **1-888-466-2219** (línea TDD **1-877-688-9891**) sin necesidad de presentar una queja formal ante nosotros.

Si quiere revisar la información que hemos recopilado sobre su queja formal, puede solicitarla, y le daremos copias de los documentos, registros y otra información adecuada sin cargo alguno. Para presentar una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Información adicional sobre las solicitudes previas para recibir Servicios Médicamente Necesarios

Puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección que se menciona en nuestra carta de confirmación. Para hacer los arreglos y presentar su declaración por teléfono, llame al número que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos a su archivo de queja formal la información que proporcione a través de su declaración o de otros medios y la consideraremos al tomar nuestra decisión sobre la solicitud previa al servicio para Servicios que sean Médicamente Necesarios.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que recopilemos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si su queja formal es urgente, la información se le comunicará primero de manera verbal y, luego, por escrito. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con la decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en su archivo de queja formal.

Información adicional sobre apelaciones de denegaciones por escrito para Servicios que requieren autorización previa

Debe presentar su apelación en los 180 días posteriores a la fecha en la que recibió nuestra carta de denegación.

Tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento que pudieran estar vinculados con su apelación, así como sus significados.

También puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección que se menciona en nuestra carta de confirmación. Para hacer los arreglos y presentar su declaración por teléfono, llame al número que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos a su archivo de apelación la información que proporcione a través de su declaración o de otros medios y la consideraremos al tomar nuestra decisión sobre la apelación.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que recopilemos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta donde se expliquen los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si su apelación es urgente, la información se le comunicará primero de manera verbal y, luego, por escrito. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con la decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en su expediente de apelación.

Información adicional sobre los criterios de determinación de la revisión de utilización de servicios para los Servicios de salud mental o el tratamiento del trastorno por uso de sustancias

Los criterios de determinación de la revisión de utilización de servicios y los materiales de programas educativos para personas que toman decisiones sobre la autorización de Servicios de salud mental o tratamiento del trastorno por uso de sustancias se pueden consultar sin costo en kp.org/espanol.

Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados No Incluidos en la Lista de Medicamentos Cubiertos

Si presentó una queja formal para obtener un medicamento recetado no incluido en la lista de medicamentos cubiertos y la decisión no le es del todo favorable, podrá presentar una solicitud para que una organización de revisión independiente (independent review organization, IRO) la revise. Debe presentar la solicitud de revisión de una IRO en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que reciba nuestra carta de decisión.

Debe presentar la solicitud de una de las siguientes maneras:

- Llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas, a la línea telefónica sin costo **1-888-987-7247** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Envíe por correo una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
- Envíe su solicitud por fax a la Unidad de Revisiones Aceleradas, a la línea telefónica sin costo **1-888-987-2252**.
- Visite una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

- Complete el formulario de queja formal en nuestro sitio web, en kp.org/espanol.

Para revisiones urgentes de una IRO, le enviaremos la decisión del revisor independiente dentro de las 24 horas. Para revisiones no urgentes, le enviaremos la decisión del revisor independiente en un plazo de 72 horas. Si la decisión del revisor independiente no le es favorable, podrá presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada, como se describe en “Reclamos ante el Departamento de Atención Médica Administrada” de esta sección “Resolución de Disputas”. También podrá presentar una solicitud para una Revisión Médica Independiente, según se describe en “Revisión Médica Independiente” en la sección “Resolución de Disputas”.

Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal respecto a su plan de salud, primero debe llamar a la línea telefónica sin costo de su plan de salud al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y usar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Este proceso de queja formal no anula ningún derecho que tenga ni ningún recurso legal del que pueda disponer. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así, el proceso de la IMR ofrecerá una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un 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 en investigación y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con una línea telefónica sin costo (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con trastornos auditivos o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, podrá encontrar formularios de queja, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

Revisión Médica Independiente (IMR)

Excepto según se describe en la sección “Revisión Médica Independiente (IMR)”, debe agotar el procedimiento interno de queja formal antes de solicitar una revisión médica independiente, a menos que no hayamos cumplido con el procedimiento de queja formal que se describe en “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”.

Si reúne los requisitos, usted o su representante autorizado puede solicitar que se revise el problema mediante el proceso de IMR a cargo del Departamento de Atención Administrada de la Salud (California Department of Managed Health Care, DMHC). El DMHC determina qué casos reúnen los requisitos para una IMR. Esta revisión es sin costo para usted. Si decide no solicitar una IMR, es posible que esté renunciando al derecho de proceder con algunas acciones legales en contra de nosotros.

Puede tener derecho a una IMR si se cumplen todas estas condiciones:

- Una de estas situaciones se aplica a su caso:
 - ◆ Recibió una recomendación de un proveedor para solicitar Servicios Medicamente Necesarios.
 - ◆ Recibió Servicios de Emergencia, Servicios de ambulancia de emergencia o Atención de Urgencia de un proveedor que determinó que los Servicios eran Medicamente Necesarios.
 - ◆ Consultó a un Proveedor del Plan para el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica.
- Su solicitud de pago o de Servicios ha sido denegada, modificada o demorada, basándose total o parcialmente en una decisión que determinó que los Servicios no eran Medicamente Necesarios.
- Presentó una queja formal y la rechazamos o no tomamos una decisión al respecto en un plazo de 30 días (o de tres días en el caso de las quejas formales urgentes). El DMHC puede exonerarlo del requisito de presentarnos primero a nosotros una queja formal en casos excepcionales y apremiantes, como dolor intenso o posible pérdida de la vida, de extremidades o de funciones del organismo importantes. Si hemos denegado su queja formal, debe enviar su solicitud de IMR en un plazo de seis meses después de la fecha de nuestra denegación por escrito. Sin embargo, el DMHC puede aceptar su solicitud después de transcurridos seis meses si determina que las circunstancias impidieron la presentación oportuna.

Es posible que también reúna los requisitos para una IMR si el Servicio que solicitó fue rechazado porque era experimental o estaba en investigación, como se describe en “Denegación de servicios experimentales o de investigación”.

Si el DMHC determina que su caso cumple con los requisitos para una IMR, nos pedirá que enviemos su caso a la organización de IMR del DMHC. El DMHC le notificará la decisión apenas la reciba de la organización de IMR. Si esta decisión le es favorable, nos comunicaremos con usted para coordinar el Servicio o el pago.

Denegación de servicios experimentales o en investigación

Si denegamos un Servicio por considerarlo experimental o en investigación, le enviaremos una explicación por escrito dentro de los tres días después de recibir su solicitud. Le explicaremos por qué hemos denegado el Servicio y le informaremos sobre las opciones adicionales para la resolución de disputas. Además, le proporcionaremos información sobre su derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente, si al momento de tomar nuestra decisión contábamos con la siguiente información:

- Su médico tratante presentó una declaración por escrito donde se indica que usted tiene una condición médica gravemente debilitante o potencialmente mortal, y que los tratamientos convencionales no han sido eficaces para mejorar su salud; que los tratamientos convencionales no son apropiados; o que no existe un tratamiento convencional cubierto que sea más beneficioso que el solicitado. “Potencialmente mortal” se refiere a enfermedades o condiciones médicas con una alta probabilidad de muerte, a menos que se detenga su avance, o enfermedades o condiciones médicas que ponen en riesgo la vida, en cuyo caso la intervención clínica tiene como objetivo la supervivencia del paciente. “Gravemente debilitante” se refiere a enfermedades o condiciones médicas que provocan morbilidad irreversible.
- Su médico tratante es un Médico del Plan y recomendó un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia, certificó que el tratamiento solicitado probablemente sea más beneficioso que cualquier otro tratamiento convencional disponible e incluyó una declaración con evidencia que respalda la recomendación del Médico del Plan.
- Usted (o su Médico que No Pertenece al Plan, que cuenta con licencia, que está certificado por la asociación médica o reúne los requisitos de esta asociación y que está calificado en la práctica médica correspondiente al tratamiento de esa condición) solicitó un tratamiento que, de acuerdo con dos documentos de evidencia médica y científica, según se define en la Sección 1370.4(d) del Código de Salud y Seguridad de California, probablemente sea más beneficioso que cualquier otro tratamiento convencional disponible. La certificación del médico incluyó una declaración con la evidencia que respalda su recomendación. No cubrimos los Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan.

Nota: Puede solicitar en cualquier momento una IMR para denegaciones de servicios experimentales o en investigación sin necesidad de presentarnos una queja formal.

Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles

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

Puede presentar su queja informal ante la OCR en un plazo de 180 días a partir del momento en que considera que ocurrió el acto de discriminación. Sin embargo, la OCR puede aceptar su solicitud después de transcurridos seis meses si determina que las circunstancias impidieron la presentación oportuna.

Para obtener más información sobre la OCR y sobre cómo presentar una queja ante la OCR, visite [hhs.gov/civil-rights](https://www.hhs.gov/civil-rights).

Revisión Adicional

Si no queda conforme después de haber agotado todos nuestros procedimientos internos de reclamos y apelaciones, podría tener ciertos derechos adicionales y, si corresponde, solicitar una revisión externa:

- Si el plan de beneficios de su Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), puede iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la ERISA. Para entender estos derechos, consulte a su Grupo o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (parte del Departamento de Trabajo de EE. UU.) al **1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)**.
- Si el plan de beneficios de su Grupo no está sujeto a la ERISA (por ejemplo, la mayoría de los planes gubernamentales locales o estatales y los planes ofrecidos a través de una iglesia), usted podría tener derecho a solicitar una revisión por parte de los tribunales estatales.

Arbitraje Vinculante

Para todos los reclamos sujetos a la sección “Arbitraje Vinculante”, tanto los Demandantes como los Demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal y aceptan recurrir al arbitraje vinculante. En la medida que la sección “Arbitraje Vinculante” corresponda a los reclamos presentados por las Partes de Kaiser Permanente, se aplicará retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta *EOC*. Tal aplicación retroactiva será vinculante solo para las Partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas se someterán a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge del supuesto incumplimiento de una obligación relacionada con esta *EOC* o con una relación de la Parte del Miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (“Plan de Salud”), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un servicio médico o un artículo era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de los centros o relacionado con la cobertura, la prestación de servicios o la entrega de artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se basa el reclamo presentado.
- El reclamo es presentado por una o más Partes del Miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más partes de Kaiser Permanente contra una o más partes del Miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje vinculante para resolver el reclamo.

Los Miembros inscritos según esta *EOC* renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal y aceptan el uso del arbitraje vinculante. Los siguientes tipos de reclamos no están sujetos al arbitraje vinculante:

- Reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía.
- Reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare, según corresponda a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje vinculante según la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección “Arbitraje Vinculante”, las “Partes del Miembro” incluyen a los siguientes:

- Un Miembro;
- Un heredero, familiar o representante personal del Miembro;
- cualquier persona que manifieste que tiene una obligación debido a la relación del Miembro con una o más de las Partes de Kaiser Permanente.

Las “Partes de Kaiser Permanente” incluyen lo siguiente:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.;
- Kaiser Foundation Hospitals;
- The Permanente Medical Group, Inc.;
- Southern California Permanente Medical Group;
- The Permanente Federation, LLC;

- The Permanente Company, LLC;
- cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group;
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes del Miembro;
- Cualquier empleado o representante de cualquiera de las partes antes mencionadas.

“Demandante” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente que presenta un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, según se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Normativas de Arbitrajes para Miembros de Kaiser Permanente Supervisados por la Oficina del Administrador Independiente* (“Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si quiere obtener copias del Reglamento, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una Petición de Arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres; las direcciones, y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera, y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la Petición de Arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la Petición de Arbitraje

La Petición de Arbitraje deberá notificarse ante el Plan de Salud; Kaiser Foundation Hospitals; The Permanente Medical Group, Inc.; Southern California Permanente Medical Group; The Permanente Federation, LLC; y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
 Legal Department, Professional & Public Liability
 1 Kaiser Plaza, 19th Floor
 Oakland, CA 94612

La notificación de ese Demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único y no reembolsable de \$150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de Arbitraje”, independientemente de la cantidad de reclamos presentados en la Petición de Arbitraje o de la cantidad de Demandantes o Demandados nombrados en dicha petición.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de Exoneración de Honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de Exoneración de Honorarios establece los criterios para la exoneración de cargos; para obtenerlo, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Cantidad de árbitros

La cantidad de árbitros puede afectar la responsabilidad de pago de los Demandantes de los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje vinculante, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar compensación monetaria por daños mayores que \$200,000.

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones, según se describe en el Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los Demandantes y los Demandados pagarán equitativamente los honorarios y gastos del árbitro imparcial.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro, y los Demandados serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en la sección “Arbitraje Vinculante”, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá anular y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de Arbitraje, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza dentro de los cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de Arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad al paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o exija la ley.

La Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje, que estén vigentes al momento de la aplicación del estatuto y en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan esta sección “Arbitraje Vinculante”.

De acuerdo con la regla que se aplica según las Secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje Vinculante” no se denegará, diferirá ni evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una Parte del Miembro y una Parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Cancelación de la Membresía

Su Grupo debe informarle al Suscriptor la fecha en que se cancele su membresía. La fecha de cancelación de su membresía es el primer día en que ya no tenga cobertura (por ejemplo, si la fecha de cancelación es el 1 de enero de 2026, la cobertura estará vigente hasta las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025). Cuando finaliza la membresía de un Suscriptor, las membresías de sus Dependientes finalizan al mismo tiempo. Todos los Servicios que reciba después de que se cancele la membresía se facturarán con la tarifa para no Miembros. El Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen obligación ni responsabilidad alguna según esta EOC, excepto como se indica en “Pagos después de la Cancelación” de la sección “Cancelación de la Membresía”.

Cancelación Debido a la Pérdida de Elegibilidad

Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en “Quién es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, su Grupo le informará la fecha en que se cancelará su membresía. La fecha de cancelación de la membresía es el primer día en que ya no tiene cobertura. Por ejemplo, si la fecha de cancelación es el 1 de enero de 2026, su cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025.

Cancelación del Acuerdo

Si su *Acuerdo* de Grupo con nosotros se cancela por cualquier razón, su membresía finaliza en la misma fecha. Su Grupo debe informar a los Suscriptores por escrito si su *Acuerdo* con nosotros finaliza.

Cancelación con Causa

Si comete intencionalmente fraude en relación con su membresía, con el Plan de Salud o con un Proveedor del Plan, podremos cancelar su membresía mediante un aviso por escrito al Suscriptor; la cobertura se cancelará en 30 días a partir de la fecha en la que enviamos el aviso.

Algunos ejemplos de fraudes incluyen los siguientes:

- Tergiversar información relacionada con su elegibilidad o la de un Dependiente.
- Presentar una receta u orden médica falsa.
- Usar indebidamente una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente (o permitir que otra persona la use).
- Presentar información importante incorrecta o incompleta. Por ejemplo, usted firmó un Acuerdo de Maternidad Subrogada y no nos envía la información requerida según el apartado “Acuerdos de maternidad subrogada” en “Reducciones” de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”.
- No notificarnos sobre cambios en la condición de la familia o la cobertura de Medicare que pueden perjudicar su elegibilidad o sus beneficios.

Si cancelamos su membresía con causa, no podrá inscribirse en el Plan de Salud en el futuro. También podemos informar a las autoridades sobre cualquier fraude o delito para que tome las medidas correspondientes.

Cancelación de un Producto o de todos los Productos

Es posible que cancelemos un producto específico o todos los productos ofrecidos en el mercado de grupos según lo permita o exija la ley. Si dejamos de ofrecer un producto específico en el mercado de grupos, lo cancelaremos y le enviaremos un aviso por escrito por lo menos 90 días antes de que el producto se cancele. Si dejamos de ofrecer todos los productos en el mercado de grupos, cancelaremos su *Acuerdo de Grupo* y le enviaremos un aviso por escrito por lo menos 180 días antes de que el *Acuerdo* se cancele.

Pagos después de la Cancelación

Si cancelamos su membresía con causa o por falta de pago, haremos lo siguiente:

- Le reembolsaremos todo el monto que se adeude a su Grupo por las Primas pagadas después de la fecha de cancelación.
- Le pagaremos la cantidad que hayamos determinado que le debemos por reclamos durante su membresía, de acuerdo con las secciones “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” y “Resolución de Disputas”.

Deduciremos de nuestros pagos cualquier monto que usted adeude al Plan de Salud o a los Proveedores del Plan.

Revisión Estatal de la Cancelación de la Membresía

Si cree que hemos cancelado su membresía debido a sus problemas de salud o la atención que necesita, puede solicitar una revisión de la cancelación por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California (consulte “Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada” de la sección “Resolución de Disputas”).

Continuidad de la Membresía

Si su membresía según esta *EOC* finaliza, podría ser elegible para continuar siendo miembro del Plan de Salud sin interrupciones en su cobertura. Podría mantener la cobertura de Grupo según esta *EOC*, según se describe en “Continuidad de la Cobertura de Grupo”. Además, podría mantener la membresía con un plan individual, según se describe en “Continuidad de la Cobertura con un Plan Individual”. Si cumple con los requisitos para mantener su cobertura Grupal en cualquier momento, evalúe detenidamente sus opciones de cobertura antes de rechazar esta cobertura. Las primas y la cobertura de un plan individual serán diferentes a las correspondientes a su plan de Grupo.

Continuidad de la Cobertura de Grupo

COBRA

Es posible que pueda continuar con su cobertura según esta *EOC* durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo establece la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). La COBRA se aplica a la mayoría de los empleados (y a la mayoría de sus Dependientes familiares) de la mayor parte de los empleadores con 20 empleados o más.

Si su Grupo se rige por la ley COBRA y usted puede tener la cobertura de COBRA, debe presentar un formulario de elección de COBRA a su Grupo dentro del periodo de elección de COBRA para poder inscribirse. Pida información detallada a su Grupo sobre la cobertura de COBRA, por ejemplo, cómo elegir la cobertura, cuánto debe pagarla, cuándo pueden cambiar la cobertura y las Primas, y dónde enviar sus pagos de las Primas.

Si se inscribe en COBRA y se le agota el plazo límite de cobertura, podría ser elegible para continuar con su cobertura de Grupo conforme a la ley estatal, según se describe en “Cal-COBRA” en la sección “Continuidad de la Cobertura de Grupo”.

Cal-COBRA

Si usted es elegible para la cobertura según la Ley de Continuidad de los Beneficios de California (California Continuation Benefits Replacement Act, Cal-COBRA), puede mantener la cobertura según se describe en la sección “Cal-COBRA” si solicita la cobertura de acuerdo con las leyes de Cal-COBRA y paga las Primas que correspondan.

Elegibilidad y fecha de vigencia de la cobertura de Cal-COBRA después de COBRA

Si su Grupo está sujeto a la COBRA y su cobertura de COBRA finaliza, usted podría continuar con su cobertura de Grupo a partir del día en que finaliza su cobertura de COBRA si se cumplen todas estas condiciones:

- La fecha de vigencia de su cobertura de COBRA es del 1 de enero de 2003 en adelante.
- El límite de tiempo para tener la cobertura de COBRA finalizó y ese límite era de 18 o de 29 meses.
- No tiene Medicare.

Para pedir una solicitud de inscripción, puede llamar a Servicio a los Miembros dentro de los 60 días a partir de la fecha en que finaliza su cobertura de COBRA.

Inscripción y Primas de Cal-COBRA

Dentro de los 10 días de haber pedido la solicitud de inscripción, le enviaremos nuestra solicitud, la cual incluirá información sobre las Primas y su facturación. Debe enviarnos su solicitud completa, dentro de los 63 días a partir de la fecha de nuestra carta de cancelación o de la fecha de cancelación de su membresía (la fecha que sea posterior).

Si aprobamos su solicitud de inscripción, le enviaremos la información de facturación en un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud. Debe pagar las Primas Completas en un plazo de 45 días después de la fecha de emisión de la factura. El pago de la primera Prima incluirá la cobertura desde la fecha de vigencia de Cal-COBRA hasta finalizar nuestro ciclo de facturación actual. Para que su inscripción en Cal-COBRA sea efectiva, debe enviarnos el pago de la Prima antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura.

Después de ese primer pago, el pago de su Prima para el próximo mes de cobertura se debe hacer el último día del mes anterior. Las Primas no superarán el 110 % de las Primas aplicables que se cobran a un individuo en una situación similar conforme al plan de beneficios de Grupo, salvo en el caso de las Primas de individuos con discapacidad, luego de 18 meses de cobertura de COBRA, las cuales no superarán el 150 % en vez del 110 %. Los cheques devueltos o fondos insuficientes en pagos electrónicos pueden estar sujetos a un cargo.

Si ha elegido una Cobertura Adicional proporcionada por cualquier otro programa, la Prima por dicha Cobertura Adicional se facturará junto con las Primas requeridas para la cobertura según esta *EOC*. Las Primas Completas también incluirán las Primas para la Cobertura Adicional. Esto significa que, si no paga las Primas Completas que debe antes de la fecha de vencimiento, podríamos cancelar su membresía conforme a esta *EOC* y cualquier Cobertura Adicional, según se describe en la sección “Cancelación por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA”.

Cambios en la cobertura y en las Primas de Cal-COBRA

Su cobertura de Cal-COBRA es la misma que para cualquier individuo en una situación similar según el *Acuerdo* de Grupo, y la cobertura y las Primas de Cal-COBRA cambiarán en el mismo momento que cambien en su *Acuerdo* de Grupo. La cobertura y las Primas de su Grupo cambiarán en la fecha de renovación del *Acuerdo* (1 de enero) y también podrían cambiar en otros momentos si se efectúa una enmienda en su *Acuerdo* de Grupo. Su factura mensual reflejará las Primas actuales que estén pendientes para la cobertura de Cal-COBRA, incluido cualquier cambio. Por ejemplo, si su Grupo efectúa un cambio que afecta las Primas en forma retroactiva, ajustaremos el monto facturado para que refleje el ajuste retroactivo de las Primas. Su Grupo puede informarle si esta *EOC* todavía tiene validez y entregarle una vigente si esta expiró o se modificó. También puede solicitar una a Servicio a los Miembros.

Inscripción abierta en Cal-COBRA o cancelación de otro plan de salud

Si usted eligió previamente la cobertura de Cal-COBRA a través de otro plan de salud disponible con su Grupo, podría ser elegible para inscribirse cada año en Kaiser Permanente durante el periodo de inscripción abierta de su Grupo, o si su Grupo cancela su acuerdo con el plan de salud en el que está inscrito. Tendrá derecho a recibir cobertura de Cal-COBRA solamente por lo que reste del periodo de cobertura de Cal-COBRA, si corresponde. Consulte a su Grupo para obtener información sobre los planes de salud disponibles a través de la inscripción abierta o si el Grupo cancela su acuerdo con el plan de salud.

Si quiere hacer el traspaso desde otro plan de salud y continuar su cobertura de Cal-COBRA con nosotros, debe enviarnos su solicitud de inscripción durante el periodo de inscripción abierta de su Grupo o dentro de los 63 días de haber recibido el aviso de cancelación del Grupo que se describe en “Responsabilidades del Grupo”. Para pedir una solicitud, llame a Servicio a los Miembros. Le enviaremos nuestra solicitud de inscripción, que deberá presentar completa antes de que finalice el periodo de inscripción abierta o dentro de los 63 días de haber recibido el aviso de cancelación que se describe en “Responsabilidades del Grupo”. Si aprobamos su solicitud de inscripción, le enviaremos la información de facturación en un plazo de 30 días después de haber recibido su solicitud. Debe pagar la factura en un plazo de 45 días después de la fecha de emisión.

Para que su inscripción en Cal-COBRA sea efectiva, debe enviarnos el pago de la Prima antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura.

Cómo puede cancelar su cobertura de Cal-COBRA

Envíe una notificación por escrito, firmada por el Suscriptor, a la dirección que se indica abajo para cancelar su cobertura de Cal-COBRA.

Su membresía se cancelará a las 11:59 p. m. del último día del mes en que recibamos su notificación. Además, deberá adjuntar a la notificación todos los montos por pagar relacionados con su cobertura de Cal-COBRA, incluidas las Primas correspondientes al periodo anterior a su fecha de cancelación.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
California Service Center
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-3127

Cancelación por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA

Si no paga sus Primas Completas dentro de los plazos establecidos, podemos cancelar su membresía según se describe en esta sección “Cancelación por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA”. Si quiere cancelar su membresía, recuerde notificarnos según se describe en “Cómo puede cancelar su cobertura de Cal-COBRA” de la sección “Cal-COBRA”, ya que deberá pagar las Primas que se le facturen, a menos que nos informe antes del primer día del mes de cobertura en el que quiere cancelar su cobertura.

El pago de su prima para el próximo mes de cobertura se debe hacer el último día del mes anterior. Si no recibimos el pago de las Primas Completas antes de la fecha de vencimiento, enviaremos un aviso de falta de pago a la dirección del Suscriptor que conste en nuestros registros. Tendrá un periodo de gracia de 30 días para pagar las Primas requeridas antes de que cancelemos su cobertura de Cal-COBRA por falta de pago. En el aviso, se indicará cuándo comienza el periodo de gracia y cuándo terminará la membresía del Suscriptor y de todos sus Dependientes si no paga las Primas requeridas. Su cobertura continuará vigente durante este periodo de gracia. Si no recibimos el pago de las Primas Completas antes del final del periodo de gracia, enviaremos un aviso de cancelación a la dirección del Suscriptor que conste en nuestros registros. Después de la cancelación de su membresía por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA, aún será responsable de pagar todos los montos que deba, incluidas las Primas del periodo de gracia.

Reactivación de su membresía luego de la cancelación por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA

Si cancelamos su membresía por falta de pago de las Primas, podrá reactivar su membresía hasta tres veces durante un periodo de 12 meses si recibimos los montos adeudados dentro de los 15 días de la fecha del Aviso de Cancelación. No reactivaremos su membresía si no obtiene la reactivación de su membresía cancelada dentro de los 15 días establecidos o si cancelamos su membresía por falta de pago de las Primas más de tres veces en un periodo de 12 meses.

Cancelación de la cobertura de Cal-COBRA

La cobertura de Cal-COBRA se mantendrá en vigencia solo mediante el pago de las Primas mensuales aplicables dentro de los plazos que especificamos y se cancelará en una de estas fechas, la que ocurra primero:

- La fecha en que finaliza su *Acuerdo* de Grupo con nosotros (aún podría ser elegible para Cal-COBRA a través de otro plan de salud del Grupo).
- La fecha en que recibe Medicare.
- La fecha de comienzo de su cobertura con otro plan de salud de grupo que no contenga exclusiones ni limitaciones con respecto a problemas de salud que tenía desde antes de solicitar seguro médico (o que contenga dicha exclusión o limitación, pero que ya se haya cumplido).
- La fecha que sea a los 36 meses de su fecha de vigencia original de COBRA (bajo este o cualquier otro plan).
- La fecha de cancelación de su membresía por falta de pago de las Primas, según se describe en “Cancelación por falta de pago de las Primas de Cal-COBRA” en la sección “Continuidad de la Membresía”.

Nota: Si la Administración de Seguro Social determinó que usted tuvo una discapacidad en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA, debe notificar a su Grupo dentro de los 60 días de haber recibido tal determinación del Seguro Social. Asimismo, si el Seguro Social emite una determinación final que indique que usted ya no tiene una discapacidad en el mes 35 o 36 de su continuidad de la cobertura de Grupo, su cobertura de Cal-COBRA finalizará en una de estas fechas, la que ocurra después: (1) una vez cumplidos los 36 meses después de su fecha de vigencia original de COBRA o (2) el primer día del primer mes luego de transcurridos 31 días desde que el Seguro Social ha emitido su determinación final. Debe notificarnos que ya no tiene una discapacidad dentro de los 30 días después de recibir la determinación final del Seguro Social.

Responsabilidades del Grupo

Si el acuerdo de Grupo con un plan de salud finaliza, su Grupo debe notificar por escrito a las personas cuya cobertura de Cal-COBRA se cancela al menos 30 días antes de la fecha de cancelación. Este aviso debe informar a los beneficiarios de Cal-COBRA que pueden mantener su cobertura de Cal-COBRA si se inscriben en cualquier plan de beneficios de salud que ofrezca su Grupo. También debe incluir información sobre beneficios y primas, instrucciones de pago y formularios de inscripción (incluidas las instrucciones sobre cómo mantener la cobertura de Cal-COBRA con un nuevo plan de salud). Su Grupo debe enviar esta información a la última dirección conocida de la persona, tal como la proporcione el plan de salud anterior.

El Plan de Salud no tiene la obligación de brindar esta información a los beneficiarios calificados si su Grupo no envía dicho aviso. Estas personas podrán tener la cobertura de Cal-COBRA únicamente por el tiempo que les quede del periodo de cobertura de Cal-COBRA, si corresponde.

USERRA

Si le llaman a servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar con su cobertura según esta *EOC* durante un tiempo limitado después de que, de otro modo, haya perdido la elegibilidad, si así lo establece la Ley de Derechos de los Servicios Uniformados y de Reempleo (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA). Debe enviar un formulario de elección de USERRA a su Grupo dentro de los 60 días después de haber recibido su llamada al servicio activo. Comuníquese con su Grupo para saber cómo optar por la cobertura de USERRA y cuánto deberá pagar a su Grupo.

Cobertura por una Condición Incapacitante

Si tuvo una Discapacidad Total mientras era Miembro según su *Acuerdo* de Grupo con nosotros y mientras el Suscriptor estaba empleado por su Grupo, y el *Acuerdo* de Grupo con nosotros se cancela y no se renueva, cubriremos los Servicios de la condición totalmente incapacitante hasta que se produzca el primero de los siguientes eventos:

- Hayan pasado 12 meses desde que su *Acuerdo* de Grupo con nosotros finalizó.
- Usted ya no tenga una Discapacidad Total.
- Su *Acuerdo* de Grupo con nosotros se reemplace por otro plan de salud de grupo que no tenga limitaciones con respecto a la condición incapacitante.

Su cobertura estará sujeta a los términos de esta *EOC*, incluido el Costo Compartido, pero no cubriremos los Servicios de ninguna otra condición aparte de la condición totalmente incapacitante.

En el caso de los Suscriptores y los Dependientes adultos, tener una “Discapacidad Total” significa que, a criterio de un médico del Grupo Médico, se espera que una enfermedad o lesión provocará la muerte o ha durado o se espera que dure un periodo de por lo menos 12 meses corridos. Además, impide que la persona pueda tener un empleo o una ocupación, incluso con capacitación, educación y experiencia.

En el caso de los hijos Dependientes, “Discapacidad Total” significa que, a criterio de un médico del Grupo Médico, se espera que una enfermedad o lesión provocará la muerte o ha durado o se espera que dure un periodo de por lo menos 12 meses corridos. Además, esta enfermedad o lesión impide que el niño pueda participar esencialmente en las actividades normales de los niños sanos de su edad.

Para solicitar la continuidad de cobertura por su condición incapacitante, debe llamar a Servicio a los Miembros dentro de los 30 días después de que haya finalizado su *Acuerdo* de Grupo con nosotros.

Continuidad de la Cobertura con un Plan Individual

Si quiere seguir siendo miembro de un Plan de Salud cuando su cobertura de Grupo se termine, podría inscribirse en uno de nuestros planes Kaiser Permanente for Individuals and Families. Las primas y la cobertura con nuestro plan individual son diferentes de las que se mencionan en esta *EOC*.

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 por 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 buykp.org (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros. Para obtener información sobre los planes disponibles a través de Covered California, consulte “Covered California” a continuación.

Covered California

Los ciudadanos o los residentes legales de EE. UU. pueden comprar cobertura de atención médica de Covered California. Este es el mercado de beneficios de salud de California (“el Mercado”). Puede solicitar ayuda para pagar las primas y los copagos solo si compra la cobertura a través de Covered California. Es posible que pueda recibir esta asistencia financiera si cumple con ciertas pautas de ingreso. Para obtener más información sobre la cobertura disponible a través de Covered California, visite CoveredCA.com o llame a Covered California al **1-800-300-1506** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Disposiciones Diversas

Administración del Acuerdo

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de su *Acuerdo* de Grupo, incluida esta *EOC*.

Instrucciones Anticipadas

La Ley de Decisiones sobre Atención Médica de California le ofrece varias alternativas para que decida el tipo de atención médica que recibirá si se enferma gravemente o pierde el conocimiento, entre las que se incluyen las siguientes:

- Un *Poder Notarial para la Atención Médica* en el que puede designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con su atención médica si usted no puede expresarse por sí mismo.

Además, le permite expresar por escrito su punto de vista sobre el uso de métodos mecánicos y otros tratamientos para prolongar las funciones vitales.

- Las *Instrucciones personales de atención médica* le permiten expresar sus deseos sobre el uso de métodos mecánicos y otros tratamientos para prolongar las funciones vitales. Puede expresar estos deseos a su médico y pedirle que los documente en su historia clínica o puede redactarlos y solicitar que se incluyan en su historia clínica.

Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, incluso cómo obtener formularios e indicaciones, comuníquese con la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan. Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, consulte nuestro sitio web, en kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros.

Enmiendas al Acuerdo

Su *Acuerdo* de Grupo con nosotros cambiará periódicamente. Si estos cambios afectan esta *EOC*, su Grupo debe informárselo de acuerdo con las leyes correspondientes y con su *Acuerdo* de Grupo.

Solicitudes y Declaraciones

Usted deberá llenar cualquier solicitud, formulario o declaración que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta *EOC*.

Cesión

No puede ceder esta *EOC* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

Honorarios y Gastos de Defensores y Abogados

En cualquier disputa entre un Miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable de sus propios gastos y honorarios, incluidos de abogados, defensores y otros.

Facultad para la Revisión de Reclamos

Tenemos la responsabilidad de determinar si tiene derecho a recibir beneficios según esta *EOC* y la facultad para revisar y evaluar, a nuestra entera discreción, los reclamos que surjan. Para realizar esta evaluación, interpretaremos las disposiciones de esta *EOC* de manera independiente.

Podríamos revisar los reclamos con la ayuda de expertos en medicina. Si la cobertura conforme a esta *EOC* está sujeta a la reglamentación del procedimiento de reclamo (29 CFR 2560.503-1) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), somos un “fiduciario de reclamos reconocido” para revisar reclamos según esta *EOC*.

EOC Vinculante para los Miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios según esta *EOC*, todos los Miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los Miembros que no tengan esta capacidad aceptan todas las disposiciones de esta *EOC*.

Avisos sobre ERISA

La sección “Avisos sobre ERISA” se aplica solamente si su plan de beneficios de salud de Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA). Brindamos estos avisos para ayudar a los grupos cubiertos por ERISA a que cumplan con esta ley. La cobertura de los Servicios que se describe en estos avisos está sujeta a todas las disposiciones de esta *EOC*.

Ley de Protección de la Salud de la Madre y del Recién Nacido

Los planes de salud de Grupo y las compañías de seguro en general no deben, de acuerdo con la ley federal, restringir los beneficios del tiempo de hospitalización relacionada con el parto para la persona que da a luz o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor tratante de la persona que da a luz o del recién nacido, después de la consulta con la persona que da a luz, darles el alta hospitalaria antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En todo caso, los planes y las compañías de seguro no deben, de acuerdo con la ley federal, requerir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía de seguro para indicar que la hospitalización no dure más de 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si le hicieron o le van a hacer una mastectomía, es posible que tenga derecho a recibir determinados beneficios de acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer. Para las personas que reciban los beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de acuerdo con lo determinado en consulta con el médico de cabecera y la paciente, para todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas. Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con el mismo Costo Compartido correspondiente para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados con este plan.

Leyes Vigentes

Excepto cuando tengan precedencia las leyes federales, esta *EOC* se regirá por las leyes de California, y cualquier disposición que deba incluirse en esta *EOC* como consecuencia de las leyes mencionadas será de cumplimiento obligatorio para los Miembros y el Plan de Salud, aunque no se estipule en el presente documento.

El Grupo y los Miembros No Son Nuestros Agentes

Ni su Grupo ni ningún Miembro es agente o representante del Plan de Salud.

Renuncia a los Derechos

El hecho de que no hagamos cumplir alguna de las disposiciones de esta *EOC* no constituirá una renuncia de dicha disposición ni de ninguna otra, ni perjudicará, a partir de ese momento, nuestro derecho a exigir que usted cumpla rigurosamente cualquier disposición.

Avisos Sobre Su Cobertura

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos del Suscriptor. El Suscriptor es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Los Suscriptores que se mudan deben llamar a Servicio a los Miembros lo antes posible para darnos su nueva dirección. Si un Miembro no reside con el Suscriptor o necesita que se le envíe información confidencial a una dirección diferente a la del Suscriptor, debe llamar a Servicio a los Miembros para consultar sobre otras opciones de envío.

Nota: Cuando informamos al Grupo sobre los cambios en esta *EOC* o proporcionamos a su Grupo otra información relacionada con usted, su Grupo debe notificar al Suscriptor dentro de los 30 días de haber recibido la información que le enviamos (o cinco días si cancelamos su *Acuerdo* de Grupo). El Suscriptor también es responsable de notificar al Grupo sobre cualquier cambio en la información de contacto.

Recuperación de Pagos en Exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por Servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar los Servicios.

Prácticas de Privacidad

Kaiser Permanente resguardará la privacidad de su información médica protegida y exige a los proveedores contratistas que hagan lo mismo. Su información médica protegida son datos (orales, escritos o electrónicos) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o el pago de su atención médica, a través de los cuales se lo puede identificar. Por lo general, puede ver y recibir copias de su información médica protegida, así como también corregirla o actualizarla, y pedimos 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, llene el formulario correspondiente disponible en kp.org/espanol, en “Request for confidential communications forms” (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 brindemos información médica protegida a otros, como organizaciones gubernamentales o para cumplir con una orden judicial. Además, la información médica protegida se comparte con su Grupo 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* (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. También puede encontrar el aviso en nuestro sitio web, en kp.org/espanol, o solicitarlo en un Centro de Atención del Plan.

Participación en la Política Pública

La Junta Directiva de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. establece una política pública para el Plan de Salud. Para obtener una lista de los integrantes de esta Junta Directiva, visite nuestro sitio web, en about.kp.org (en inglés), o comuníquese con Servicio a los Miembros. Si quiere compartir con la junta alguna opinión sobre la política pública del Plan de Salud, envíe sus comentarios por escrito a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Office of Board and Corporate Governance Services
One Kaiser Plaza, 19th Floor
Oakland, CA 94612

Información Útil

Cómo Obtener esta EOC en Otros Formatos

Para solicitar una copia de esta EOC en un formato diferente (braille, audio, archivo electrónico de texto o impreso en letra grande), llame a Servicio a los Miembros.

Directorio de Proveedores

Consulte el Directorio de Proveedores de su Región Base para obtener la siguiente información:

- Una lista de los Médicos del Plan.
- Las ubicaciones de los Centros de Atención del Plan y los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada centro.
- Los horarios de atención.
- Los números de teléfono para citas y asesoramiento.

Este directorio está disponible en nuestro sitio web, en kp.org/espanol. 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 puede cambiar. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros.

Recursos en Línea para una Vida Sana

Aquí se ofrecen algunos recursos para una vida sana que están disponibles en nuestro sitio web, en kp.org/espanol:

- Cómo usar nuestros Servicios y hacer citas.
- Las herramientas que puede usar para enviar un correo electrónico al consultorio de su médico, ver los resultados de las pruebas, volver a surtir medicamentos recetados y hacer consultas de rutina.
- Recursos de educación para la salud.
- Pautas de la atención preventiva.
- Derechos y responsabilidades de los Miembros.

También puede tener acceso a recursos para una vida sana mediante la aplicación de KP en su teléfono inteligente o en otro dispositivo móvil.

Preferencias de Envío de Documentos

Muchos documentos del Plan de Salud están disponibles de forma electrónica, como las facturas, los estados de cuenta y los avisos. Si prefiere recibir documentos en formato electrónico, visite kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros. Puede cambiar las preferencias de envío en cualquier momento. Para recibir la copia de un documento específico del Plan de Salud en formato impreso, llame a Servicio a los Miembros.

Cómo Comunicarse con Nosotros

Citas

Si necesita hacer una cita, llámenos o visite nuestro sitio web:

Por teléfono Comuníquese al número de teléfono para citas de un Centro de Atención del Plan (puede encontrar los números de teléfono en nuestro Directorio de Proveedores o llamar a Servicio a los Miembros).

Mediante el sitio web Ingrese en kp.org/espanol para hacer citas de rutina (no urgentes) con su Médico personal del Plan u otro Médico de Atención Primaria.

¿No está seguro del tipo de atención que necesita?

Si necesita asesoramiento para determinar si requiere atención médica o cómo y cuándo recibirla, contamos con profesionales de atención médica certificados disponibles para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

Por teléfono Comuníquese al número de teléfono para citas o asesoramiento de un Centro de Atención del Plan (puede encontrar los números de teléfono en nuestro Directorio de Proveedores o llamar a Servicio a los Miembros).

Servicio a los Miembros

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cobertura, la manera de obtener Servicios o los centros en los que puede recibir atención, puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:

Por teléfono 1-800-464-4000 (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación)
1-800-788-0616 (español)
1-800-757-7585 (dialectos chinos)
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

En persona Oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Por escrito Oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Mediante el kp.org/espanol sitio web

Estimaciones, facturas y estados de cuenta

Si tiene alguna de estas inquietudes, llámenos al número que aparece a continuación:

- Si tiene preguntas sobre una factura.
- Si quiere conocer cuánto pagó para alcanzar el Deducible del Plan (si corresponde) o el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan.
- Si quiere obtener una estimación de los Cargos por los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan (si corresponde).

Por teléfono 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

Mediante el kp.org/espanol sitio web

Línea de Atención para Viajeros

Si tiene preguntas sobre su cobertura cuando esté lejos de casa, comuníquese con nosotros de las siguientes maneras:

Por teléfono 1-951-268-3900

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

Mediante el kp.org/viajero sitio web

Autorización para Atención de Postestabilización

Si necesita solicitar una autorización previa para obtener Atención de Postestabilización, según se describe en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, comuníquese con nosotros de la siguiente manera:

Por teléfono 1-800-225-8883 o al número de teléfono para avisos que figura en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Ayuda con formularios de reclamo por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios relacionados con el COVID-19

Si necesita un formulario de reclamo para solicitar el pago o el reembolso de los Servicios descritos en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, en “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”, o de los Servicios relacionados con el COVID-19 descritos en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos”, en la sección “Beneficios”, o bien si necesita ayuda para llenar el formulario, puede comunicarse con nosotros por teléfono o mediante nuestro sitio web:

Por teléfono 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos)

Mediante el kp.org/espanol sitio web

Cómo presentar reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios relacionados con el COVID-19

Si necesita presentar un formulario de reclamo por los Servicios descritos en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, en “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”, o los Servicios relacionados con el COVID-19 descritos en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos”, en la sección “Beneficios”, o bien si necesita ayuda para presentar otra información sobre su reclamo que le solicitemos, puede comunicarse con el Departamento de Reclamos:

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

Acceso telefónico de texto (TTY)

Si usa un dispositivo telefónico de texto (TTY, también conocido como TDD) para comunicarse por teléfono, puede usar el Servicio de Retransmisión de California llamando al **711**.

Servicios de interpretación

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando reciba Servicios 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.

Responsabilidad de Pago

En la sección “Responsabilidad de Pago”, se explica de manera breve quién es responsable de realizar los pagos relacionados con la cobertura de atención médica que se describe en esta *EOC*. La responsabilidad de pago se describe con más detalle en otras secciones de esta *EOC*, como se explica a continuación:

- Su Grupo podría requerirle que contribuya con las Primas (su Grupo le informará sobre el monto y cómo pagarlo).
- Usted es responsable de pagar el Costo Compartido de los Servicios cubiertos (consulte la sección “Resumen del Costo Compartido”).
- Si recibe Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área o Servicios relacionados con el COVID-19 por parte de un Proveedor que No Pertenece al Plan o Servicios de ambulancia de emergencia, deberá pagar al proveedor y presentar un reclamo de reembolso, a menos que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte “Pagos y Reembolsos” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”).
- Si recibe Servicios de un Proveedor que No Pertenece al Plan que no autorizamos (que no sean Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o Servicios relacionados con el COVID-19) y quiere que paguemos la atención, deberá presentar una queja formal (consulte “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”).
- Si tiene cobertura con otro plan o con Medicare, coordinaremos los beneficios con su otra cobertura (consulte “Coordinación de Beneficios” en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”).
- En ciertos casos, usted o un tercero podrían ser responsables de hacernos un reembolso por Servicios cubiertos (consulte “Reducciones” en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”).
- Usted es responsable de pagar el precio total de los Servicios no cubiertos.
- Su Grupo es responsable de pagar las Primas, a menos que usted sea responsable de pagar las Primas si tiene cobertura de COBRA o Cal-COBRA (consulte “Primas” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, y “COBRA” y “Cal-COBRA” en la sección “Continuidad de la Cobertura de Grupo” de “Continuidad de la Membresía”).

Avisos Importantes

Servicios de Asistencia con el Idioma

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- **Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)**
- **All others: 1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- **Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)**
- **جميع الآخرين: 1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- **Medi-Cal` 1-855-839-7613 (TTY 711)**
- **Այլ` 1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- **所有会员: 1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به‌صورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- **Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)**
- **سایر: 1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Japanese: 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປບັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ເປີດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavg qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jíik'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kódi bízikíníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áádawohíí, 7 t'áádawohíigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bík'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия ТТУ 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия ТТУ 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการสาม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่น ๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Aviso de No Discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales.

Kaiser Permanente no discrimina ilegalmente, excluye ni trata a ninguna persona de manera distinta debido a su edad, raza, grupo étnico con el que se identifica, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, incapacidad física o mental, condición médica, origen del pago, información genética, ciudadanía, idioma principal o estatus migratorio.

Kaiser Permanente proporciona los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ◆ Intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - ◆ Información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - ◆ Intérpretes calificados;
 - ◆ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos). La llamada no tiene costo:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Todos los demás: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternativos u otro, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja formal ante Kaiser Permanente

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o que hemos cometido un acto de discriminación ilegal en su contra, puede presentar una queja formal por discriminación ante Kaiser Permanente. Puede hacerlo por teléfono, por correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro* para obtener más información. Puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre las opciones que se aplican a su caso o para solicitar ayuda con la presentación de una queja formal. Puede presentar una queja formal por discriminación a través de los siguientes medios:

- **Por teléfono:** Los miembros de Medi-Cal pueden llamar al **1-855-839-7613** (TTY 711). Todos los demás miembros pueden llamar al **1-800-464-4000** (TTY 711). Hay ayuda disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

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

- **Por correo postal:** Descargue el formulario en **kp.org/espanol** o llame a Servicio a los Miembros para solicitar que le envíen uno. Deberá llenarlo y enviarlo nuevamente.
- **En persona:** Llene un *Formulario de Queja o Reclamo/Solicitud de Beneficios* en la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (consulte el directorio de proveedores en kp.org/ubicaciones para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en Internet que se encuentra en el sitio web **kp.org/espanol**.

También puede comunicarse directamente con el Coordinador de Derechos Civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

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

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

- **Por teléfono:** Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención para la Salud al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** Llene un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

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

Los formularios de quejas están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

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

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

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

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

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

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

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