

Información Importante Dentro

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Health Plan of
San Joaquin

Guía para Miembros

Lo que debe saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura y Formulario de
Revelación (EOC/DF) Combinados 2021

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2021

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

Índice

Otros idiomas y formatos	1
Otros idiomas	1
Otros formatos.....	1
Servicios de interpretación	1
Aviso de no discriminación	3
¡Bienvenido a Kaiser Permanente!	6
Guía para Miembros.....	6
Comuníquese con nosotros	7
1. Introducción para Miembros	8
Cómo obtener ayuda.....	8
Transitional Medi-Cal	9
Quién puede ser asignado a nosotros	9
Tarjetas de identificación (“ID”).....	9
Formas de involucrarse como Miembro	10
2. Acerca de su plan de salud	12
Descripción general del plan de salud	12
Cómo funciona su plan.....	14
Cómo cambiar la red de proveedores	15
Cómo cambiar de plan de salud.....	16
Estudiantes universitarios que se mudan a otro condado o fuera de California	16
Continuidad de la atención.....	18
Costos	20
3. Cómo recibir atención	23
Cómo obtener servicios de atención para la salud	23
Dónde obtener atención	31
Objeción moral	32
Red de Proveedores de Medi-Cal	32
Médico de cabecera (“PCP”).....	37
4. Beneficios y Servicios	45
Qué cubre su plan de salud	45
Beneficios que cubre el Plan de Salud de Medi-Cal	47



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

Índice

Coordinación de la atención.....	79
Servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”)	79
Servicios para Adultos Basados en la Comunidad.....	79
Servicios que puede obtener a través de Pagos por Servicios (“FFS”) de Medi-Cal o de otros programas.....	80
Servicios que no puede obtener a través de Kaiser Permanente ni Medi-Cal	85
Coordinación de beneficios	90
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes.....	90
5. Derechos y responsabilidades.....	91
Sus derechos	91
Sus responsabilidades	93
Aviso sobre prácticas de privacidad.....	93
Aviso sobre la legislación	94
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso.....	95
Aviso sobre recuperación por medio de herencia	96
Notificación de Acción	96
Aviso sobre circunstancias inusuales.....	96
Aviso sobre la administración de sus beneficios.....	96
Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros.....	97
Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores	97
Aviso sobre la obligatoriedad de esta Guía para Miembros para los Miembros.....	97
Aviso de que Health Plan of San Joaquin no es nuestro agente	97
Avisos sobre su cobertura.....	97
6. Cómo reportar y solucionar problemas	98
Quejas	99
Apelaciones.....	100
Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación	101
Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) con el Departamento de Atención Médica Administrada	102
Audiencias Estatales.....	103
Fraude, despilfarro y abuso.....	104
Arbitraje vinculante.....	105
7. Números importantes y palabras clave.....	110
Números de teléfono importantes	110
Palabras clave.....	110



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

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

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

Otros formatos

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

Servicios de interpretación

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



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

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



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

Aviso de no discriminación

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

Kaiser Permanente ofrece:

- Ayudas y servicios sin costo a personas con discapacidades para ayudarlas a que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - ◆ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ◆ Información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo a personas cuyo primer idioma no sea el inglés, por ejemplo:
 - ◆ Intérpretes calificados
 - ◆ Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Cómo presentar una queja formal ante Kaiser Permanente

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



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

Aviso de no discriminación

Puede presentar una queja formal de las siguientes formas:

- **Por teléfono:** Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos).
- **Por correo:** Llámenos al **1-800-464-4000** (TTY 711) y pídanos que le enviemos un formulario.
- **En persona:** Llene un formulario de Solicitud/Reclamación de Beneficios o Queja Informal en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un Centro del Plan (consulte su directorio de proveedores [Provider Directory] en kp.org/facilities [haga clic en “Español”] para obtener las direcciones).
- **En línea:** Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Por favor, llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja formal.

Se informará a los Coordinadores de Derechos Civiles de Kaiser Permanente acerca de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con los Coordinadores de Derechos Civiles de Kaiser Permanente en:

Norte de California

Civil Rights/ADA Coordinator
1800 Harrison St.
16th Floor
Oakland, CA 94612

Sur de California

Civil Rights/ADA Coordinator
SCAL Compliance and Privacy
393 East Walnut St.,
Pasadena, CA 91188

Cómo presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención para la Salud 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 (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).



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

Aviso de no discriminación

- **Por correo:** Complete un formulario de quejas o envíe una carta a:

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 inglés).

- **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 los Estados Unidos

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

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo:** Complete un formulario de quejas o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

En línea: Consulte el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp> (en inglés).



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

¡Bienvenido a Kaiser Permanente!

Gracias por elegir Kaiser Permanente como su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin. Health Plan of San Joaquin es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal. Health Plan of San Joaquin trabaja con el Estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin. En esta Guía para Miembros, usaremos el término “Plan de Salud” para describir a Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Guía para Miembros

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

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

Esta Guía para Miembros también se llama Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Evidence of Coverage and Disclosure Form, “EOC/DF”) Combinados. Es un resumen de nuestras reglas y políticas y se basa en el contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Health Plan of San Joaquin. Su cobertura médica se determina con el contrato con Health Plan of San Joaquin. Si recibió o descargó una copia de la Guía para Miembros directamente de Health Plan of San Joaquin, guárdela y use esta. Esta Guía para Miembros le proporcionará la información más exacta sobre los servicios que puede recibir de nosotros. Si hay diferencias entre la Guía para Miembros que recibió de Health Plan of San Joaquin y esta, este documento será el



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

que usaremos para ayudarlo. Llame al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**) para pedir una copia del contrato entre Health Plan of San Joaquin y el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS).

Comuníquese con nosotros

Estamos para ayudarlo. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. También puede visitarnos en línea en **kp.org/espanol** en cualquier momento o visitar el Departamento de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte las direcciones en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”]). Para obtener más información sobre nuestros proveedores y ubicaciones, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Gracias,
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.



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

1. Introducción para Miembros

Cómo obtener ayuda

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

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

- Responder preguntas sobre sus servicios cubiertos
- Ayudarle a elegir o cambiar un médico de cabecera (Primary Care Provider, “PCP”)
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita
- Ayudarle a recibir servicios de interpretación si no habla inglés
- Ayudarle a recibir información en otros idiomas y formatos

Si necesita ayuda, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros a uno de los siguientes números:

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

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



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

Cómo obtener ayuda de Health Plan of San Joaquin

Si tiene preguntas sobre Health Plan of San Joaquin, llámelos al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Transitional Medi-Cal

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

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

Puede averiguar los requisitos para obtener Transitional Medi-Cal en la Oficina de Salud y Servicios Humanos de su condado local en **www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx** (en inglés) o llamando a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).

Quién puede ser asignado a nosotros

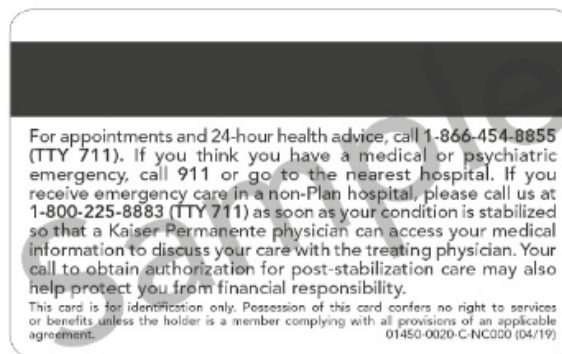
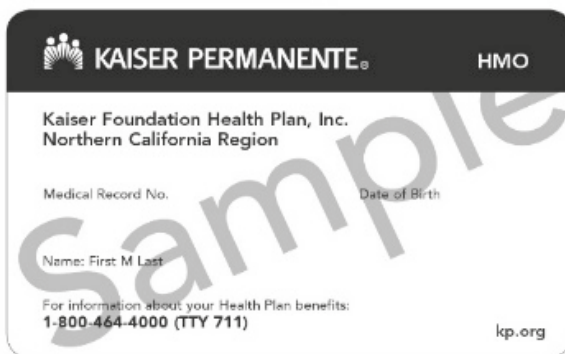
No inscribimos a los Miembros de manera directa. Para obtener más información sobre cómo solicitar la asignación con nosotros, llame a Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**).

Tarjetas de identificación (“ID”)

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



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



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

Formas de involucrarse como Miembro

Health Plan of San Joaquin quiere conocer su opinión. Ellos realizan reuniones para hablar sobre lo que funciona bien y cómo pueden mejorar. Se invita a los Miembros a participar. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor Comunitario

Health Plan of San Joaquin tiene un grupo llamado Comité Asesor Comunitario. Este grupo se creó para miembros de poblaciones de difícil alcance e incluye proveedores de redes de seguridad, grupos de defensoría comunitarios, socios tradicionales y personal. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de Health Plan of San Joaquin y es responsable de:

- Diseñar servicios o programas culturalmente apropiados
- Priorizar los programas de educación para la salud y alcance



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

1 | Introducción para Miembros

- Revisar los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros
- Evaluar los hallazgos de las necesidades de educación para la salud, culturales y lingüísticas grupales
- Organizar materiales de publicidad del plan y campañas
- Informar las necesidades para el desarrollo y la evaluación de la red de proveedores
- Brindar recursos e información comunitarios

Si desea formar parte de este grupo, llame al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY/TDD **711**).



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

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del plan de salud

Health Plan of San Joaquin es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal en el Condado de San Joaquin. Health Plan of San Joaquin trabaja con el Estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Health Plan of San Joaquin es su plan de atención administrada de Medi-Cal y Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin. Cuando elige Kaiser Permanente, elige obtener su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe recibir la mayoría de los servicios por parte de los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente.

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

Si tiene preguntas sobre Health Plan of San Joaquin, puede llamarlos al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando lo asignan a nosotros a través de Health Plan of San Joaquin, debe recibir una tarjeta de identificación de Miembro de Kaiser Permanente en un plazo de dos semanas a partir de su asignación a Kaiser Permanente. Muestre su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) y su tarjeta de identificación de Health Plan of San Joaquin cuando reciba cualquier servicio de atención médica o receta médica.



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

La cobertura de su plan de Medi-Cal deberá ser renovada cada año. El condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal. Complete este formulario y devuélvalo a la agencia de servicios humanos de su condado local.

Puede solicitar en cualquier momento cancelar su asignación a Kaiser Permanente y elegir otro proveedor en la red de Health Plan of San Joaquin. Para obtener ayuda sobre cómo elegir un proveedor nuevo, llame a Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY 711) o visite **www.hpsj.com** (en inglés). También puede solicitar cancelar su Medi-Cal.

Podemos pedir a HealthPlan of San Joaquin que lo asignen a una red de proveedores diferente si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Su comportamiento amenaza la seguridad del personal de Kaiser Permanente o de cualquier persona o propiedad en un centro de la red.
- Comete un robo a un Proveedor de la Red o a un centro de la red.
- Comete fraude de manera intencional, como al presentar una receta médica que no es válida o al permitir que alguien más use su tarjeta de identificación de Medi-Cal o de Kaiser Permanente.

Si Health Plan of San Joaquin lo reasigna a una red de proveedores diferente, le informará por escrito.

A veces, es posible que Health Plan of San Joaquin y Kaiser Permanente ya no puedan brindarle servicios. Health Plan of San Joaquin deberá dar por terminada su cobertura de atención médica administrada de Medi-Cal en los siguientes casos:

- Se muda fuera del Área de Servicio de Health Plan of San Joaquin
- Está en prisión
- Ya no tiene Medi-Cal
- Usted califica para ciertos programas de exención que requieren que esté inscrito en Medi-Cal con Pago por Servicio
- Necesita un trasplante de órganos principales (excepto de riñón y córnea)
- Necesita servicios en un centro de atención a largo plazo, centro de atención intermedia o centro de atención para pacientes subagudos durante un lapso mayor que el mes en el que se hospitalizó más el siguiente mes



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

Si su elegibilidad con Health Plan of San Joaquin y su asignación a Kaiser Permanente terminan, es posible que todavía pueda obtener servicios de Medi-Cal con el Pago por Servicios o de otros programas. Consulte el título “Servicios que puede recibir a través de Medi-Cal con Pago por Servicios (“FFS”) o de otros programas” en el Capítulo 4 para obtener más información sobre estos servicios.

Consideraciones Especiales sobre la Atención Médica Administrada para los nativos americanos

Los nativos americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o pueden abandonar su plan de atención médica administrada de Medi-Cal y volver a recibir los servicios de Medi-Cal con Pago por Servicio (Fee-For-Service, “FFS”), en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si es nativo americano, tiene derecho a obtener servicios de atención en las Clínicas de Salud para la Población Indígena (Indian Health Clinics, “IHC”). También puede permanecer o cancelar su afiliación a Kaiser Permanente mientras obtiene servicios de atención para la salud de estas ubicaciones. Si desea recibir información sobre la inscripción o la cancelación de la afiliación, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) o visite **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es**.

Para obtener más información sobre los servicios de la IHC, llame al Servicio de Salud para la Población Indígena al **1-916-930-3927** o visite el sitio web del Servicio de Salud para la Población Indígena en **www.ihs.gov** (en inglés).

Cómo funciona su plan

Health Plan of San Joaquin es un plan de atención médica administrada contratado con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California por Medi-Cal. Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integrado de atención médica. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a los servicios cubiertos que pueda necesitar, como atención de rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio, servicios de emergencia, Atención de Urgencia y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen muy buenas formas de proteger y mejorar su salud.

Podrían variar las políticas de beneficios y los procesos sobre cómo obtener los servicios cubiertos entre las redes de proveedores de HealthPlan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame



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

al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Como Miembro de Medi-Cal, puede recibir servicios adicionales a través de Medi-Cal con Pago por Servicio (“FFS”). Los servicios que puede recibir través de Medi-Cal con FFS están descritos en el Capítulo 4 “Beneficios y Servicios”.

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

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

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

Para obtener información sobre Health Plan of San Joaquin, llame al **1-888-936-PLAN (7526)**, (TTY **711**). También puede encontrar información sobre Servicio a los Miembros en línea en **www.hpsj.com** (en inglés).

Cómo cambiar la red de proveedores

Puede dejar Kaiser Permanente y cambiarse a una red de proveedores de Health Plan of San Joaquin diferente en cualquier momento. Llame a Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)**, (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Dígales que quiere cambiar de red de proveedores. Este cambio no ocurrirá de inmediato. Health Plan of San Joaquin le avisará cuando comience la nueva asignación del proveedor. Hasta entonces, debe recibir los servicios de parte de Kaiser Permanente.

Podrían variar las políticas de beneficios y los procesos sobre cómo obtener los servicios cubiertos entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Si desea dejar Kaiser Permanente antes, puede solicitar una reasignación expedita (rápida) a Health Plan of San Joaquin. Si la razón de su solicitud cumple las reglas para una reasignación expedita, recibirá una carta en la que se le informe que fue reasignado.



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

Cómo cambiar de plan de salud

Puede dejar Health Plan of San Joaquin y unirse a otro plan de salud en su condado de residencia en cualquier momento. Llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) para elegir un nuevo plan. Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., o visitar **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es**.

Procesar su solicitud para abandonar Health Plan of San Joaquin e inscribirse en otro plan de atención médica administrada en su condado puede demorar hasta 30 días, si no hay problemas con su solicitud. Hasta ese momento, debe continuar recibiendo nuestros servicios. Para averiguar el estado de su solicitud de cambio, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).

Si desea salir de Health Plan of San Joaquin antes, puede pedir a Health Care Options que cancele su afiliación de forma acelerada (rápida). Si el motivo de su solicitud cumple los requisitos para cancelar su afiliación de forma acelerada, recibirá una carta para avisarle que se canceló su afiliación.

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

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

Puede solicitar salir de Health Plan of San Joaquin en persona en su oficina local de salud y servicios humanos del condado. Encuentre su oficina local en **<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>** (en inglés) o llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**).

Estudiantes universitarios que se mudan a otro condado o fuera de California

Si se muda a otro condado en California que está fuera de su Región Base para ir a la universidad, solo cubriremos los servicios de emergencia y de Atención de Urgencia en su nuevo condado. Los servicios de emergencia y de Atención de Urgencia están



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

disponibles para todos los afiliados de Medi-Cal en todo el estado, independientemente del condado de residencia. La atención de rutina y la atención preventiva solo tienen cobertura en su Región Base.

Asistir a la universidad en un nuevo condado de California

Si está inscrito en Medi-Cal e irá a la universidad en otro condado de California, no es necesario que solicite Medi-Cal en ese condado. Cuando se muda de forma temporal para ir a la universidad, tiene dos opciones.

Puede elegir alguna de las siguientes opciones:

- Informar a la oficina de su condado local que se muda temporalmente para ir a la universidad y proporcionar su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los expedientes del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del Estado. Use esta opción si desea obtener atención preventiva o de rutina en su nuevo condado. Es posible que deba cambiar su plan de salud. Si tiene otras preguntas, y para evitar retrasos en la inscripción en su nuevo plan de salud, debe comunicarse con Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) para que lo ayuden con la inscripción.

O BIEN

- Elegir no cambiar su plan de atención médica administrada cuando se muda de forma temporal para ir a la universidad en un condado distinto. Es posible que solo tenga acceso a atención de emergencia o Atención de Urgencia en el nuevo condado, si su nuevo condado está fuera de su Región Base. Para recibir atención médica de rutina o preventiva, deberá usar la red de proveedores de Kaiser Permanente de su Región Base.

Asistir a la universidad lejos de California

Si va a salir de California de forma temporal para asistir a la universidad en otro estado y desea continuar con su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su evaluador de elegibilidad en la oficina de su condado base. En caso de que sea elegible, Medi-Cal cubrirá las emergencias y la Atención de Urgencia en otro estado. Medi-Cal también cubrirá las emergencias que requieran hospitalización en Canadá y México, si se aprueba el servicio y el médico y el hospital cumplen las reglas de Medi-Cal. Si desea recibir atención de rutina o preventiva en otro estado, deberá solicitar Medicaid en ese estado. Si se inscribe en Medicaid en otro estado, ya no será elegible para Medi-Cal en California y Medi-Cal no pagará por su atención médica.



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

Continuidad de la atención

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores Fuera del Plan

Miembro Nuevo

Si es un Miembro nuevo y se atiende con proveedores que no están en la red de Kaiser Permanente, podría mantenerlos por un plazo de hasta 12 meses en algunas situaciones. Si su situación médica corresponde a uno de los casos que se muestran a continuación en el título “Elegibilidad”, podrá seguir recibiendo atención con ese proveedor.

Proveedores cuyo contrato ha sido cancelado

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

Si lo asignan a un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o tan pronto como sea posible). También le notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación antes de terminar un contrato con un hospital, si este se encuentra en un radio de 15 millas de su lugar de residencia.

Elegibilidad

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

- **Condición agudas.** Podemos cubrir estos servicios hasta que la condición aguda desaparezca.
- **Condiciones crónicas graves.** Es posible que cubramos los servicios hasta que se cumpla cualquiera de las siguientes situaciones (la que ocurra primero): (1) los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato con el proveedor; o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferirlo al cuidado de un Proveedor de la Red, según lo determine Kaiser Permanente después de consultar al Miembro y al Proveedor que No Pertenece a la Red y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves que cumplen con alguna de estas condiciones:
 - ◆ Persiste y nunca se cura totalmente.
 - ◆ Empeora en el transcurso de largos periodos.



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

- ◆ Requieren de tratamiento continuo para mantener su remisión o evitar que reaparezcan o empeoren.
- **Cuidados de Maternidad.** Es posible que ofrezcamos cobertura para estos servicios mientras esté embarazada y de inmediato después del parto.
- **Servicios para las mujeres que presentan una condición de salud mental durante el embarazo o después del nacimiento del bebé.**
- **Enfermedades terminales.** Es posible que brindemos cobertura para estos servicios mientras dure la enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos.
- **Atención de niños menores de 3 años de edad.** Es posible que todos estos servicios tengan cobertura hasta que se cumpla la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses desde la fecha en que termine el contrato con el proveedor o (2) el tercer cumpleaños del niño.
- **Cirugía u otro procedimiento que forme parte de un tratamiento.**
 - ◆ Si usted es un Miembro nuevo, el proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de su fecha de vigencia de la cobertura.
 - ◆ Si el contrato que tiene su proveedor con Kaiser Permanente finaliza, el proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de finalización del contrato entre Kaiser Permanente y el proveedor.

A fin de calificar para recibir cobertura para estos servicios, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- Su cobertura de Medi-Cal 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 ha finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura.
- Recibe servicios conforme a uno de los casos arriba mencionados de parte de un Proveedor Fuera del Plan en la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o de un Proveedor cuyo contrato ha sido cancelado en la fecha de cancelación del contrato del proveedor.
- En el caso de Miembros nuevos, cuando usted se inscribió en el Plan de Salud no tuvo la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de



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

elegir otro plan (incluida alguna opción que no pertenezca a la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor Fuera del Plan.

- El proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales estándar.
- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico y serían servicios cubiertos según esta Guía para Miembros si los recibiera de un Proveedor de la Red.
- Usted solicita la finalización de los servicios en un plazo de 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 del Proveedor del Plan.

Kaiser Permanente **no** cubrirá la terminación de los servicios cubiertos por los Proveedores fuera del Plan en ninguno de los siguientes casos:

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

Más información

Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar servicios o una copia de nuestra política sobre el “Cumplimiento de los Servicios Cubiertos”, por favor, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Para saber si califica para recibir servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red o si desea obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Costos

Costos para los miembros

Health Plan of San Joaquin presta servicios a personas que califican para Medi-Cal. Los Miembros de Health Plan of San Joaquin **no** tienen que pagar por los servicios cubiertos que reciben de los Proveedores de la Red. No tendrá primas ni deducibles. Para ver una lista de servicios cubiertos, consulte el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Es posible que los servicios que recibe de los Proveedores que No Pertenecen a la Red no estén cubiertos si no obtiene una aprobación previa (autorización previa). Si los servicios no están cubiertos, es posible que deba pagarlos.



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

Puede ir a los Proveedores que No Pertenecen a la Red para recibir algunos servicios sensibles sin tener una aprobación previa. Para obtener más información sobre qué servicios sensibles están cubiertos, consulte más adelante el título “Atención sensible” en este Capítulo 3.

No necesita tener una aprobación previa para recibir servicios de emergencia, incluso cuando vaya a Proveedores que No Pertenecen a la Red. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sea a Canadá o México, y necesita atención de emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Cuando esté lejos de su Región Base, pero dentro de los Estados Unidos, cubriremos sus servicios de Atención de Urgencia. Si está fuera de los Estados Unidos, los servicios de Atención de Urgencia **no** tendrán cobertura, y deberá pagar por su atención. Su Región Base está en la Región del Norte de California de Kaiser Permanente.

Para miembros con un costo compartido

Podría tener que pagar un costo compartido mensualmente. El importe de su costo compartido dependerá de sus ingresos y de sus recursos. Cada mes, pagará sus facturas médicas hasta que el monto pagado sea equivalente a su costo compartido. Después de esto, Health Plan of San Joaquin cubrirá su atención para ese mes. Para obtener más información sobre el costo compartido, llame a Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)**, (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cómo se les paga a los proveedores

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

- Pagos por capitación
 - ◆ A algunos proveedores se les paga un monto establecido cada mes por cada Miembro. A esto se le llama pago por capitación. Trabajamos con los proveedores para decidir sobre el monto del pago.
- Pagos de pago por servicio
 - ◆ Algunos proveedores atienden a los Miembros de Medi-Cal y luego nos envían una factura por los servicios brindados. A esto se le llama pago por servicio. Trabajamos con los proveedores para decidir cuánto se paga por cada servicio.

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



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

Cómo solicitarnos el pago de una factura

Si recibe una factura por un servicio cubierto, no la pague. Llame inmediatamente a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

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

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

- Envíenos lo antes posible un formulario de reclamo completado. Puede obtener un formulario de reclamo en línea de las siguientes maneras:
 - ◆ En nuestro sitio web **kp.org/espanol**
 - ◆ En persona en cualquiera de las oficinas de Servicio a los Miembros en un Centro del Plan o con Proveedores del Plan. Puede encontrar la ubicación de los centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).
 - ◆ Llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** o al **1-800-390-3510** (TTY 711).

Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamo.

Si pagó los servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo e incluir todas las facturas y los recibos del Proveedor que No Pertenece a la Red.

Si desea que paguemos servicios al Proveedor que No Pertenece a la Red, deberá incluir en su formulario de reclamo las facturas del Proveedor que No Pertenece a la Red. Si después recibe facturas del Proveedor que No Pertenece a la Red, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** (TTY 711) para solicitar ayuda.

Debe enviarnos el formulario de reclamo completado lo antes posible después de haber recibido la atención.

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

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



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

3. Cómo recibir atención

Cómo obtener servicios de atención para la salud

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

La información de cobertura en esta Guía para Miembros se aplica cuando obtiene servicios de atención para la salud en su Región Base. Su Región Base es la Región de Kaiser Permanente donde vive. Su Región Base es el Norte de California y se identifica en la portada de esta Guía para Miembros y en su Tarjeta de Identificación (Identification, ID) de Kaiser Permanente. Si visita otra Región de Kaiser Permanente, estará cubierto solo para Atención de Urgencia o emergencia, a menos que aprobemos previamente los servicios. Para obtener más información sobre cómo encontrar los Proveedores de la Red en su Región Base, consulte nuestro listado de proveedores en kp.org/facilities (haga clic en “Español”) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Podrá empezar a recibir servicios de atención médica a partir de la fecha en la que comienza su asignación con nosotros. Este es un resumen de nuestras reglas y políticas y se basa en el contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Health Plan of San Joaquin.

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de Health Plan of San Joaquin, su Tarjeta de Identificación de Beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal, y cualquier otra tarjeta que tenga de su seguro médico. No permita que nadie más use sus tarjetas de identificación o BIC.

Proporcionamos servicios a los Miembros a través de nuestros Proveedores de la Red. Todos trabajan juntos para ofrecerle atención de calidad. Cuando elige Kaiser Permanente como su red de proveedores, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Para ver las ubicaciones de los Proveedores de la Red, visite nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en “Español”). Para obtener más información llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Los nuevos Miembros deben elegir un médico de cabecera (Primary Care Provider, “PCP”) que esté en nuestra red de proveedores y en el Área de Servicio de Health Plan of San Joaquin. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de la



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

fecha en la que lo asignen con nosotros. Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los miembros de la familia asignados a Kaiser Permanente.

Si tiene un médico que desea conservar, o si desea conseguir un nuevo PCP, puede buscarlo en nuestra lista de proveedores y centros en línea en kp.org/facilities (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

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

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

Evaluación de la salud inicial (“IHA”)

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

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

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

Cuidados de rutina

Los cuidados de rutina es la atención médica regular. Incluye atención preventiva, también llamada de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. La atención preventiva incluye exámenes médicos regulares, educación para la salud y asesoramiento. Los niños pueden recibir los servicios de prevención temprana que necesiten como pruebas de la audición y la visión, evaluaciones del proceso de desarrollo y muchos otros servicios recomendados por las pautas de pediatría de Bright Futures. Además de la atención preventiva, los cuidados de rutina incluyen la atención cuando está enfermo. Kaiser Permanente cubre los cuidados de rutina de su PCP.



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

Su PCP hará lo siguiente:

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

Cuando necesite cuidados de rutina, puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) para programar una cita o puede hacer una cita en línea. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

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

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

Atención de Urgencia

La Atención de Urgencia **no** es para una emergencia o una condición potencialmente mortal. Es para los servicios que necesita a fin de evitar daños graves a su salud debido a una enfermedad repentina, lesión o complicación de una condición que ya tiene. Las citas de Atención de Urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa) y están disponibles en un plazo de 48 horas a partir de que solicite la cita. Si los servicios de Atención de Urgencia necesitan aprobación previa, se le asignará una cita en un plazo de 96 horas después de que realice la solicitud.

Las necesidades de Atención de Urgencia pueden ser un resfriado, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos, esguinces o servicios de maternidad.

Cuando esté en su Región Base, deberá recibir los servicios de Atención de Urgencia de un Proveedor de la Red. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia por parte de los Proveedores de la Red en su Región Base.

Si está lejos de su Región Base, pero dentro de los Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir Atención de Urgencia. Vaya al centro de Atención de Urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de Atención de Urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita Atención de Urgencia, **no** cubriremos su atención.



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

Su proveedor de Atención de Urgencia podría darle medicamentos como parte de su consulta en Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta.

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

No cubrimos la atención de seguimiento de Proveedores que No Pertenecen a la Red después de que ya no necesite Atención de Urgencia, a excepción del equipo médico duradero cubierto. Después de que se haya resuelto su problema de Atención de Urgencia, debe ver a un Proveedor de la Red si necesita recibir atención de seguimiento. Si necesita equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia, su Proveedor que No Pertenece a la Red debe obtener nuestra aprobación previa (autorización previa).

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

Atención de emergencia

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias (emergency room, “ER”) más cercana. **No** necesita aprobación previa (autorización previa) para la atención de emergencia de nuestra parte. Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otra instalación de atención de emergencia.

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

- Trabajo de parto activo
- Huesos fracturados
- Dolor intenso
- Dolor de pecho
- Quemadura grave
- Sobredosis por drogas



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

- Desmayos
- Hemorragia grave
- Condiciones de emergencia psiquiátrica, como una depresión grave o pensamientos suicidas (cubiertas por los planes de salud mental del condado)

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

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

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

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

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

Atención de posestabilización

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Atención sensible

Servicios con consentimiento del menor

Solo puede recibir los siguientes servicios sin contar con el permiso de sus padres o tutor legal si tiene 12 años o más:

- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios en caso de:
 - ◆ Agresión sexual
 - ◆ Agresión física
 - ◆ Tener deseos de hacerse daño o de hacerle daño a otras personas
- Prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA



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

3 | Cómo recibir atención

- Prevención/pruebas/tratamiento para infecciones de transmisión sexual
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
 - ◆ El tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias no está cubierto en esta Guía para Miembros. Debe recibir estos servicios del plan de salud mental del condado donde vive.

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

- Asesoramiento y prueba del embarazo
- Planificación familiar/control de natalidad (incluida la esterilización)
- Servicios de aborto
- Atención en caso de agresión sexual

Para los servicios de prueba del embarazo, planificación familiar o control de natalidad, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir y acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una referencia o autorización previa. También puede recibir servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual por parte de los proveedores de planificación familiar de Medi-Cal. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, o para solicitar ayuda con el transporte para ir a la cita con un proveedor, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

Para los servicios con consentimiento del menor que no son servicios especializados de salud mental, puede acudir a un Proveedor dentro de la Red sin una referencia y sin una autorización previa. Su PCP no tiene que referirlo y no necesita nuestra aprobación previa (autorización previa) para recibir los servicios con consentimiento del menor que están cubiertos en esta Guía para Miembros.

Los servicios con consentimiento del menor que son servicios especializados de salud mental no están cubiertos en esta Guía para Miembros. Los servicios especializados de salud mental están cubiertos por el plan de salud mental del condado del condado donde vive.

Es posible que los servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red que no estén relacionados con la atención sensible no estén cubiertos. Si desea recibir ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, o para obtener ayuda con el transporte, puede llamar al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. También puede llamar al **1-866-454-8855 (TTY 711)** y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



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

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

Servicios sensibles para adultos

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

- Planificación familiar/control de natalidad (excepto esterilización)
- Asesoramiento y prueba del embarazo
- Prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA
- Prevención/pruebas/tratamiento para infecciones de transmisión sexual
- Atención en caso de agresión sexual
- Servicios de aborto para pacientes ambulatorias

Para los servicios de prueba del embarazo, planificación familiar o control de natalidad, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir y acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una referencia o autorización previa. También puede recibir servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual por parte de los proveedores de planificación familiar de Medi-Cal. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Para los demás servicios sensibles para adultos, puede acudir a un Proveedor dentro de la Red sin una remisión y sin una autorización previa. Su PCP no tiene que referirlo y no necesita nuestra aprobación previa (autorización previa) para recibir los servicios sensibles para adultos que tienen nuestra cobertura.

Es posible que los servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red que no estén relacionados con la atención sensible no estén cubiertos. Si desea recibir ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede llamar al **1-866-454-8855** y hablar con un profesional del cuidado de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).



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

Instrucciones por anticipado

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

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

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

Tiene derecho de conocer los cambios en las leyes de instrucciones por anticipado. Kaiser Permanente le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días de realizado dicho cambio. Para conocer más información, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Donación de órganos y de tejidos

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

Dónde obtener atención

Obtendrá la mayor parte de su atención de su PCP. Su PCP le brindará toda la atención preventiva (bienestar) de rutina. También lo verá para recibir atención cuando esté enfermo. Asegúrese de llamar a su PCP antes de obtener atención médica. Su PCP lo referirá (enviará) a un especialista, si lo necesita.



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

Para ver las ubicaciones de los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente, visite nuestro sitio web **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

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

Si necesita Atención de Urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**). La Atención de Urgencia es la atención que necesita pronto, pero no es una emergencia. Incluye la atención para temas como un resfriado, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos o un esguince.

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

Objeción moral

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

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

Red de Proveedores de Medi-Cal

La red de proveedores de Medi-Cal es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con Kaiser Permanente para proporcionar los servicios cubiertos por Medi-Cal a nuestros Miembros.



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

Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin. Cuando elige Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de nuestros Proveedores de la Red.

Puede acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red sin una referencia o aprobación previa para recibir servicios de emergencia o de planificación familiar. También puede acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red para recibir Atención de Urgencia fuera del área, cuando esté en un lugar en el que no prestemos servicios. Debe tener una referencia o aprobación previa para los demás servicios que no pertenecen a la red, o no tendrán cobertura.

Observación: Los Indios Americanos pueden elegir una Clínica de Salud para la Población Indígena (Indian Health Clinic, "IHC") como su PCP, incluso si la IHC no pertenece a la red de Kaiser Permanente.

Si su Proveedor de la Red, incluido el PCP, hospital u otro proveedor, tiene una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. Consulte el título de Objeción Moral que se mencionó previamente en este capítulo para obtener más información sobre las objeciones morales.

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

Proveedores de la Red

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

Para obtener más información acerca de nuestros Proveedores de la Red, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**. También puede encontrar los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente y sus ubicaciones en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español").

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

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



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

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

Proveedores que No Pertenecen a la Red y están dentro de su Región Base

Los Proveedores que No Pertenecen a la Red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con Kaiser Permanente.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red y que está dentro de su Región Base, excepto para recibir:

- Atención de emergencia
- Atención sensible

Para recibir Atención de Urgencia dentro de la Región Base, debe acudir a un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente. No necesita tener una aprobación previa para recibir Atención de Urgencia de un Proveedor de la Red.

Debe tener una aprobación previa para recibir Atención de Urgencia de un Proveedor que No Pertenece a la Red y que está dentro de la Región Base. Si no tiene una aprobación previa, es posible que tenga que pagar por la Atención de Urgencia que reciba de un Proveedor que No Pertenece a la Red dentro de su Región Base. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, Atención de Urgencia y los servicios de atención sensible, consulte los títulos de este capítulo. Si usted es un Nativo Americano, puede recibir atención en una IHC fuera de nuestra red de proveedores sin ninguna remisión.

Si necesita servicios que son necesarios desde el punto de vista médico y que están cubiertos por Medi-Cal, pero no están disponibles en la red de Kaiser Permanente, lo aprobaremos y referiremos a un Proveedor que No Pertenece a la Red para que obtenga esos servicios. Si le damos una remisión para que acuda a un Proveedor que no Pertenece a la Red, pagaremos por su atención.

Su proveedor de Atención de Urgencia podría darle medicamentos como parte de su consulta en Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta.

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

Fuera de su Región Base

Los cuidados de rutina no están cubiertos fuera de su Región Base.

Si se encuentra fuera de su Región Base y necesita atención que no sea de emergencia o de Urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY 711) y hable con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



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

Su proveedor de Atención de Urgencia podría darle medicamentos como parte de su consulta en Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta.

Medi-Cal no cubre los servicios de Atención de Urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita Atención de Urgencia, Medi-Cal no pagará por su atención.

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

Nota: Los Indios Americanos pueden recibir servicios en una IHC que no pertenezca a la red.

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

Médicos

Elegirá a su médico o un médico de cabecera (PCP) de la red de proveedores. Para encontrar un PCP cerca de usted, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

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

Si tenía un médico antes de ser Miembro de Kaiser Permanente, podría mantenerlo durante un tiempo limitado. A esto se le llama Continuidad de la Atención. Puede obtener más información sobre la Continuidad de la Atención en el Capítulo 2 de esta Guía para Miembros. Para obtener más información, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

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

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

Si desea cambiar de PCP, debe elegir uno de la red de Kaiser Permanente. Asegúrese de que el PCP esté recibiendo pacientes nuevos. Para saber cómo elegir o cambiar un PCP, visite nuestra página web en **kp.org/espanol**, o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).



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

Hospitales

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

Si no es una emergencia y necesita atención en un hospital, su PCP decidirá a qué hospital debe ir. Deberá ir a un hospital de nuestra red. Para encontrar los hospitales de nuestra red, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Acceso oportuno a la atención

Tipo de Cita	Se Debe Ofrecer una Cita Antes de
Citas de Atención de Urgencia que no requieran aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de Atención de Urgencia que requieran aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención médica primaria no urgentes	10 días hábiles
Especialista no urgente	15 días hábiles
Proveedor de salud mental no urgente (no médico)	10 días hábiles
Citas no urgentes para servicios auxiliares (de apoyo) relacionados con el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	15 días hábiles
Tiempos de espera telefónica durante el horario de atención normal	10 minutos
Triaje: Servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana: No más de 30 minutos

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



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

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

Servicios de interpretación

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

Tiempo y distancia de viaje hacia la atención

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

Si necesita atención de un proveedor y ese proveedor se encuentra lejos de donde vive, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** a fin de obtener ayuda para encontrar atención con un proveedor más cercano a usted. Si no podemos encontrar atención para usted con un proveedor más cercano, puede solicitar que organicemos el transporte para que vea a un proveedor, incluso si ese proveedor se encuentra lejos de donde vive.

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor dentro de los estándares de tiempo de viaje y distancia para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que pueda existir para su Código Postal.

Médico de cabecera (“PCP”)

Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de que se le asigna a Kaiser Permanente.

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



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

Los adultos pueden elegir un PCP de

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

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

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

También puede elegir obtener su atención médica primaria en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”) en nuestra red. Estos centros de salud se ubican en áreas que no tienen muchos servicios de atención médica. Si desea recibir atención médica en un FQHC o RHC de forma regular, debe cambiar su red de proveedores de atención médica y elegir un FQHC o RHC como su PCP a través de Health Plan of San Joaquin. Llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**) para obtener más información.

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

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

Su PCP hará lo siguiente:

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

Para encontrar un PCP cerca de usted, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).



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

Elección de médicos y otros proveedores

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

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

Para saber cómo seleccionar o cambiar a su PCP, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Podríamos pedirle que cambie su PCP si el PCP no está recibiendo pacientes nuevos, ha dejado de pertenecer a nuestra red o no atiende a pacientes de su edad. También es posible que nosotros pidamos a Health Plan of San Joaquin que lo reasignen a otro proveedor en la red de Health Plan of San Joaquin si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si suele faltar a las citas o llegar tarde a ellas. Si Health Plan of San Joaquin lo reasigna a otro proveedor, le avisarán por escrito.

Citas

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su PCP.
- Tenga su número de historia clínica de Kaiser Permanente (que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente) a la mano cuando llame.
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si la oficina está cerrada.
- Lleve su BIC, la tarjeta de identificación de Health Plan of San Joaquin, la tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía a su cita.
- Solicite transporte para su cita, si es necesario.
- Solicite asistencia de idiomas o servicios de interpretación, si es necesario.
- Llegue a tiempo a su cita.
- Llame de inmediato si no puede ir a su cita o llegará tarde.
- Tenga listas sus preguntas e información sobre los medicamentos, en caso de que las necesite.

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



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

Pago

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

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

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red, excepto para:

- Atención de emergencia
- Atención de Urgencia (dentro de su Región Base, atención de urgencia que no pertenece a la red y que requiere aprobación previa)
- Atención sensible

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

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

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

Referencias

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



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

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

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

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

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

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

No necesita una referencia para lo siguiente:

- Consultas con el PCP
- Médicos de medicina para adultos, medicina familiar y pediatría
- Especialistas en optometría
- Servicio de salud mental para condiciones de leves a moderadas, incluidas las evaluaciones de salud mental iniciales
- Consultas de Obstetricia o Ginecología (“OB/GYN”)
- Atención de urgencia o de emergencia
- Planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina de Servicio de Información y Referencias de Planificación Familiar al **1-800-942-1054**)
- Pruebas de VIH y asesoramiento (personas de 12 años en adelante)



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

- Servicios para infecciones de transmisión sexual (para personas de 12 años en adelante)
- Servicios quiroprácticos (es posible que se requiera una referencia para los FQHC, las RHC y las IHC que no pertenecen a la red)

Los menores tampoco necesitan una referencia para lo siguiente:

- Servicios de salud mental como paciente ambulatorio (solo para menores de edad de 12 años en adelante) para lo siguiente:
 - ◆ Abuso sexual o físico
 - ◆ Cuando podría lastimarse o lastimar a los demás
- Asesoramiento y prueba del embarazo
- Atención por agresión sexual, incluida la violación
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (solo para menores de edad de 12 años en adelante)
 - ◆ Los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias no están cubiertos en esta Guía para Miembros. Estos servicios están cubiertos por los planes de salud mental del condado.

No todos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios están cubiertos en esta Guía para Miembros. Consulte el título “Servicios de salud mental” en el Capítulo 4 para obtener más información sobre cuáles son los servicios que están cubiertos.

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

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

Aprobación previa (Autorización Previa)

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



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

La atención es necesaria desde el punto de vista médico si es razonable y necesaria para proteger su vida, impide que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reduce el dolor intenso ocasionado por una afección, lesión o enfermedad diagnosticada.

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

- Equipo médico duradero
- Suministros para ostomía y urológicos
- Servicios que no están disponibles a través de Proveedores de la Red
- Trasplantes
- Servicios que no pertenecen a la red, incluida la hospitalización

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

Nunca necesitará aprobación previa para recibir atención de emergencia o Atención de Urgencia, incluso si está fuera de la red o fuera de su Región Base. Esto incluye el trabajo de parto y parto si está embarazada. No necesita aprobación previa para la mayoría de los servicios sensibles. Para obtener más información sobre servicios sensibles, consulte la sección “Atención sensible” en este capítulo.

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

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

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

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



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

Segundas opiniones

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

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

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

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

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

Especialistas en salud de la mujer

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



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

4. Beneficios y Servicios

Qué cubre su plan de salud

Esta sección explica sus servicios cubiertos como Miembro de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Los servicios cubiertos no tienen costo para usted, siempre y cuando sean necesarios desde el punto de vista médico y se proporcionen de acuerdo con las reglas descritas en esta Guía para Miembros. La mayoría de los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor de la Red. En algunos casos, podemos cubrir los servicios necesarios desde el punto de vista médico de un Proveedor que No Pertenece a la Red. Debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si la atención no pertenece a la red, con excepción de los servicios sensibles, los servicios de emergencia o de atención de urgencia.

La atención es necesaria desde el punto de vista médico si es razonable y necesaria para proteger su vida, impide que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reduce el dolor ocasionado por una afección, lesión o enfermedad diagnosticada. Para obtener más información acerca de sus servicios cubiertos, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente. Los únicos servicios que puede recibir por parte de los Proveedores que No Pertenece a la Red son los siguientes:

- Atención médica en un centro del Servicio de Salud para la Población Indígena
- Servicios de ambulancia de emergencia
- Servicios de emergencia y atención de posestabilización
- Servicios de planificación familiar
- Atención de Urgencia fuera del área
- Referencias a Proveedores que No Pertenece a la Red
- Algunos servicios sensibles, como se describen en el Capítulo 3 en la sección denominada “Atención sensible”



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

Nota: Es posible que reciba algunos servicios de un Centro de Salud Calificado Federalmente (Federally Qualified Health Center, “FQHC”) o de una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”) que no pertenezca a la red. Llame a Health Plan of San Joaquin para obtener más información sobre los servicios de FQHC y RHC.

Los siguientes son ejemplos de los servicios cubiertos:

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.
- Servicios de emergencia
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Hospitalización
- Servicios de investigación
- Servicios de laboratorio y radiología, como radiografías
- Servicios y apoyo a largo plazo (Long-term services and supports, “LTSS”)
- Cuidados de maternidad y del recién nacido
- Servicios de salud mental para condiciones de leves a moderadas
- Transporte médico en casos que no sean de emergencia (Non-emergency medical transportation, “NEMT”)
- Transporte no médico (Non-medical transportation, “NMT”)
- Servicios pediátricos
- Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)
- Cirugía reconstructiva
- Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de telesalud a través los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente
- Servicios para la vista



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

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

Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Health Plan of San Joaquin, y como se indique en esta Guía para Miembros y cualquier otra enmienda.

Podrían variar las políticas de beneficios y los procesos sobre cómo obtener los servicios cubiertos entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Beneficios que cubre el Plan de Salud de Medi-Cal

Servicios para pacientes ambulatorios

Vacunas para Adultos

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

Para obtener información acerca de las vacunas para niños, consulte el título “Servicios pediátricos” que está más adelante en este Capítulo 4.

Atención de alergias

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

Servicios de un anesthesiólogo

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

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

- Servicios de anestesia general y de sedación intravenosa administrados por un profesional médico



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

- Servicios en centros de atención relacionados con la sedación o la anestesia en un centro quirúrgico ambulatorio, un Centro de Salud con Calificación Federal (“FQHC”), un consultorio dental o un centro hospitalario

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

Servicios quiroprácticos

Cubrimos servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual. Los servicios quiroprácticos están limitados a dos servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, de terapia ocupacional y terapia del habla. Es posible que autoricemos consultas adicionales que sean necesarias desde el punto de vista médico.

■ ***Servicios quiroprácticos de los proveedores de la red American Specialty Health***

Trabajamos con American Specialty Health para acordar servicios quiroprácticos. Para conocer más información acerca de los servicios quiroprácticos, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133 (TTY 711)**. Los siguientes Miembros son elegibles para recibir servicios quiroprácticos de los proveedores de la red American Specialty Health:

- Niños menores de 21 años;
- Mujeres embarazadas hasta el final del mes que incluye 60 días después del final de un embarazo;
- Los residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de atención intermedia o en un centro de atención subaguda.

■ ***Servicios quiroprácticos de FQHC y RHC***

Es posible que Medi-Cal cubra servicios quiroprácticos para Miembros de todas las edades cuando reciban el servicio en un FQHC o una RHC de la red de Health Plan of San Joaquin. Es posible que los FQHC y las RHC requieran una referencia para brindar los servicios. Para obtener más información sobre los servicios que están disponibles en un FQHC o una RHC, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **888-936-PLAN (7526) (TTY 711)**.



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

Servicios de diálisis/hemodiálisis

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

No cubrimos lo siguiente:

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

Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios

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

Servicios médicos

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

Servicios de podología (para los pies)

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

Terapias de tratamiento

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

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Medicamentos y productos administrados. Estos son medicamentos y productos que requieren administración u observación por parte del proveedor de atención médica. Cubrimos estos artículos cuando un Proveedor de la Red se los receta a usted, de acuerdo con nuestras



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

pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Los artículos deben administrarse en un Centro del Plan o durante las consultas domiciliarias para que puedan ser cubiertos. Los ejemplos de medicamentos administrados que cubrimos incluyen, entre otros:

- ◆ Sangre entera, glóbulos rojos, plasma y plaquetas
- ◆ Medicamentos para quimioterapia contra el cáncer
- ◆ Antígenos de alergias
- ◆ Medicamentos y productos que se administran por vía intravenosa o inyecciones

Para obtener más información de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, consulte el título “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” que está más adelante en este Capítulo 4.

Servicios de telesalud

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

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

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



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

Si su proveedor de salud mental decide que necesita servicios de salud mental de especialidad (Specialty Mental Health Services, “SMHS”), su médico lo referirá al plan de salud mental del condado a fin de que reciba una evaluación.

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

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

Medi-Cal cubre los servicios para diagnosticar y tratar condiciones de salud mental que sean identificadas como “trastorno mental” en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, “DSM”). Medi-Cal no cubre los servicios para las condiciones que el DSM no identifique como un “trastorno mental”. Por ejemplo, el DSM identifica los problemas relacionales como un trastorno que no es un “trastorno mental”; por lo tanto, no cubrimos servicios (como asesoramiento para parejas o asesoramiento familiar) para problemas relacionales.

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

Servicios de emergencia

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

Cubrimos todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurre en los EE. UU. o que requiere que esté en un hospital en Canadá o México. Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona



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

prudente (razonable) (no un profesional de la salud) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que resultará en algo lo siguiente:

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

Los servicios de emergencia cubiertos incluyen el suministro de emergencia de medicamentos recetados por hasta 72 horas, si un farmacéutico o el Departamento de Emergencias del hospital le da este medicamento como parte de su consulta de emergencia.

Servicios de transporte de emergencia

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

Servicios de la sala de emergencias

Cubrimos todos los servicios de la sala de emergencias necesarios para tratar una emergencia médica. Recuerde, una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, podría poner en riesgo su salud o su cuerpo. No se cubre ningún servicio fuera de los EE. UU., excepto los servicios de emergencia que requieren que esté en el hospital en Canadá o México.

Educación para la Salud

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



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

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

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

Diabetes Prevention Program (“DPP”)

El Diabetes Prevention Program (“DPP”) es un programa de cambio en el estilo de vida con base en la evidencia, diseñado para prevenir o retrasar el inicio de la diabetes tipo 2 en las personas diagnosticadas con prediabetes. El programa dura un año y puede continuar por un año más para aquellos Miembros que reúnan los requisitos. El programa utiliza cambios aprobados en el estilo de vida que incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Los miembros interesados en el DPP deben cumplir los requisitos de elegibilidad del programa. Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional sobre el programa y la elegibilidad.

Cuidados paliativos y para enfermos terminales

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son un beneficio que se brinda a los miembros con enfermedades terminales. Esta intervención se centra principalmente en el manejo del dolor y síntomas y no en una cura para prolongar la vida.



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

Si elige cuidados paliativos:

- Los adultos a partir de los 21 años reciben atención para aliviar el dolor y otros síntomas de su enfermedad terminal, pero no para curar la enfermedad. Los adultos no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados en un centro para enfermos terminales al mismo tiempo.
- Los menores de 21 años reciben atención para aliviar el dolor y otros síntomas de su enfermedad terminal y pueden elegir continuar recibiendo tratamiento para su enfermedad.

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

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

- Un médico de la red diagnóstica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su expectativa de vida es menor a 6 meses
- Los servicios se prestan dentro de su Región Base.
- Los servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor de la Red.
- Un médico de la red determina que los servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados

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

- Servicios de médicos de la red
- Atención de enfermería especializada, evaluación y administración de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y control de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia y capacitación para los cuidadores
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para controlar los síntomas o permitirle realizar actividades de la vida diaria
- Terapia respiratoria
- Servicios médicos sociales
- Auxiliar de salud domiciliaria y ayuda para comer, bañarse y vestirse



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

- Medicamentos para controlar el dolor y ayuda con otros síntomas de su enfermedad terminal
 - ◆ Cubrimos los medicamentos administrados de acuerdo con nuestras pautas para la lista de medicamentos recetados disponibles.
 - ◆ Cubrimos los medicamentos de los pacientes ambulatorios que están directamente relacionados con sus servicios de cuidados paliativos. Debe recibir estos medicamentos por parte de una farmacia de la red de Kaiser Permanente. Para algunos medicamentos cubrimos un suministro de hasta 30 días en un periodo de 30 días.
- Equipo médico duradero
- Atención de relevo cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de atención ocasional para pacientes hospitalizados, a corto plazo y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos por vez
- Orientación para ayudar con el duelo
- Consejos sobre alimentación

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

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

Cuidados paliativos

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

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



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

Servicios de investigación

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

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

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

Hospitalización

Servicios de un anesthesiólogo

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

Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos la atención del paciente hospitalizado necesaria desde el punto de vista médico cuando se le ingresa a un hospital de la red. Los servicios incluyen alojamiento, medicamentos, equipo, imágenes diagnósticas y servicios de laboratorio, así como otros servicios que brinda generalmente el hospital. Si ingresó a un hospital que no pertenece a la red, debe recibir nuestra aprobación para recibir atención después de que se establezca su condición. Si no recibe nuestra aprobación, su hospitalización no tendrá cobertura.



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

Servicios quirúrgicos

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

Cuidados de maternidad y del recién nacido

Educación sobre la lactancia materna

Cubrimos el apoyo integral en la lactancia.

Extractores de leche y suministros

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

Parto y atención posparto

Cubrimos los servicios en el hospital y la atención posparto.

Atención prenatal

Cubrimos una serie de exámenes de atención prenatal.

Servicios del centro de partos

Cubrimos servicios en los centros de partos que son proveedores del Comprehensive Perinatal Services Program (“CPSP”) aprobados por Medi-Cal. Los servicios de los centros de partos son una alternativa a los cuidados de maternidad hospitalarios para mujeres con embarazos de bajo riesgo.

Servicios de una Enfermera Partera Certificada (“CNM”)

Cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que brindan las enfermeras parteras certificadas.

Enfermera Partera Titulada (“LM”)

Cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que brindan las enfermeras parteras tituladas.



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

Prueba y asesoramiento para las alteraciones genéticas

Cubrimos pruebas de diagnóstico y asesoramiento en relación con las alteraciones genéticas del feto.

Provisional Postpartum Care Extension Program

El Provisional Postpartum Care Extension, (“PPCE”) brinda cobertura extendida a los miembros de Medi-Cal que tienen una condición de salud mental materna durante el embarazo o en el período posterior al embarazo.

Cubrimos la atención de salud mental materna para las mujeres durante el embarazo y hasta dos meses después del final del embarazo. El programa PPCE extiende esa cobertura por hasta 12 meses después del diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra después.

Para calificar para el programa PPCE, su médico debe confirmar su diagnóstico de una condición de salud mental materna dentro de los 150 días posteriores al final del embarazo. Pregúntele a su médico acerca de estos servicios, si cree que los necesita. Si su médico considera que usted debería recibir los servicios del PPCE, él llenará y enviará los formularios por usted.

Para obtener información sobre los servicios de salud mental que cubrimos, consulte el título “Servicios de salud mental” en el Capítulo 4 de su Guía para Miembros.

Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Medicamentos cubiertos

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

Nuestra lista de medicamentos recetados disponibles incluye una lista de los medicamentos aprobados para nuestros Miembros. A la lista de medicamentos a veces se le denomina “lista de medicamentos preferidos”. Los medicamentos en la lista de medicamentos recetados disponibles son seguros y eficaces. La lista es actualizada periódicamente por un grupo de médicos y farmacéuticos. Esta actualización ayuda a asegurar que los medicamentos que incluye sean seguros y eficaces. Cubrimos un medicamento que no está en la lista de medicamentos recetados disponibles para su condición si su médico considera que es necesario desde el punto de vista médico para usted.



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

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

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

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

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

Límite de días de suministro

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

■ ***Anticonceptivos hormonales***

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



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

■ **Todos los demás artículos**

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

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

Farmacias

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

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

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

Medicamentos de la Lista II

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



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

Medicare Parte D

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

Para obtener más información acerca de Medicare Parte D (incluido cómo inscribirse en la Parte D), llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**). También puede llamar a la línea telefónica gratuita de Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (TTY **1-877-486-2048**) o visitar su sitio web **es.medicare.gov**.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (“terapia”)

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

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

Nosotros cubrimos los servicios de rehabilitación y habilitación descritos en esta sección.

Acupuntura

Cubrimos servicios de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor agudo, crónico y persistente que resulta de una condición médica generalmente reconocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios (con o sin estimulación eléctrica de las agujas) están limitados a dos servicios por mes, en combinación con los servicios de audiología, quiroprácticos, de terapia ocupacional y del habla. Podemos aprobar previamente servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico.



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

Los servicios de acupuntura tienen cobertura cuando los proporcionan nuestros Proveedores de la Red o los proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133** (TTY **711**).

Audiología (audición)

Cubrimos servicios de audiología. La audiología para pacientes ambulatorios está limitada a dos servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, quiroprácticos, de terapia ocupacional y del habla. Podemos aprobar previamente servicios adicionales según sea necesario desde el punto de vista médico. Para obtener información sobre audífonos, consulte el título “Audífonos” más adelante en este Capítulo 4.

Tratamientos de salud del comportamiento

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

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

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

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

El plan de tratamiento:

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



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

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

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

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



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

4 | Beneficios y servicios

- Procedimientos que se realizan y servicios y suministros que se proporcionan en un entorno no convencional que incluye, entre otros, centros vacacionales, balnearios y campamentos
- Servicios que proporcione uno de los padres, un tutor legal o una persona legalmente responsable

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

Rehabilitación cardíaca

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

Equipo médico duradero

El equipo médico duradero requiere aprobación previa. Cubrimos los artículos necesarios desde el punto de vista médico que un médico le receta. El artículo debe ser necesario para ayudarlo con las actividades de la vida diaria o para prevenir una discapacidad física mayor. Consulte el Capítulo 7 de esta Guía para Miembros para conocer la definición de “Necesario desde el punto de vista Médico”.

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

La cobertura del Plan Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Equipo o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo, excepto para los extractores de leche regulares, como se describe en “Extractores de leche y suministros” bajo el título “Cuidados de maternidad y del recién nacido” en este capítulo
- Artículos que no tienen la finalidad de mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipo para ejercicios (incluidos los dispositivos que tienen la finalidad de proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas)
- Material de higiene, salvo cuando sea necesario desde el punto de vista médico para un Miembro menor de 21 años



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

- Artículos no médicos, como baños de sauna o ascensores
- Modificaciones a su hogar o auto
- Dispositivos para analizar la sangre u otras sustancias corporales (excepto los monitores de glucosa en sangre para diabetes y sus suministros)
- Monitores electrónicos del corazón o pulmones, excepto monitores de apnea infantil
- Reparación o reemplazo del equipo a causa de pérdida, robo o mal uso, salvo cuando sea necesario desde el punto de vista médico para un miembro menor de 21 años

Nota: Los servicios sujetos a una aprobación previa (autorización previa) podrían variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Audífonos

Cubrimos audífonos si, según sus pruebas, tiene pérdida de la audición, los audífonos son necesarios desde el punto de vista médico y se los receta su médico. La cobertura se limita al audífono de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos quién suministrará la prótesis auditiva. Cubrimos un audífono, a menos que necesite un audífono para cada oído a fin de lograr resultados mucho mejores de los que podría obtener con un solo audífono.

■ **Audífonos para Miembros menores de 21 años**

Las leyes del estado requieren que los niños que necesiten audífonos sean referidos al programa California Children's Services ("CCS") para determinar si el niño es elegible para los CCS. Si el niño es elegible para recibir CCS, el costo de los audífonos necesarios desde el punto de vista médico será cubierto por CCS. Si el niño no es elegible para recibir CCS, nosotros cubriremos los audífonos necesarios desde el punto de vista médico como parte de la cobertura de Medi-Cal.

■ **Audífonos para Miembros mayores de 21 años**

Según Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada prótesis auditiva:

- Moldes necesarios para la adaptación
- Un paquete de baterías estándar



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

- Visitas para asegurar que el audífono funcione correctamente
- Visitas para limpiar y adaptar la prótesis auditiva
- Reparación de su prótesis auditiva

Según Medi-Cal, cubrimos un reemplazo de prótesis auditiva si:

- Su pérdida de la audición es tal que su prótesis auditiva actual no puede corregirla.
- Su audífono se pierde, se lo roban o se rompe (y no puede arreglarse) y no es su culpa. Debe enviarnos una nota que describa lo sucedido.

Para adultos a partir de los 21 años, la cobertura de Medi-Cal no incluye:

- Cambio de baterías para audífonos

Servicios de salud domiciliaria

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

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

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

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



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

Suministros médicos, equipos y dispositivos

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

La cobertura de Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Artículos domésticos comunes, que incluyen, entre otros
 - ◆ Cinta adhesiva (todos los tipos)
 - ◆ Alcohol para frotar
 - ◆ Cosméticos
 - ◆ Bolas de algodón e hisopos
 - ◆ Q-tips, polvos secantes
 - ◆ Toallitas húmedas
 - ◆ Hamamelis
- Remedios domésticos comunes que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - ◆ Petrolato blanco
 - ◆ Aceites y lociones para piel seca
 - ◆ Talco y productos de combinaciones de talco
 - ◆ Agentes oxidantes como el agua oxigenada (peróxido de hidrógeno)
 - ◆ Peróxido de carbamida y perborato de sodio
 - ◆ Champús de venta sin receta médica
- Preparaciones tópicas que contengan ungüentos de ácido benzoico y salicílico, crema de ácido salicílico, ungüento o líquido y pasta de óxido de zinc
- Otros artículos que no se utilizan generalmente para el cuidado de la salud y que normalmente y principalmente los utilizan personas que no tienen necesidades médicas específicas

Terapia ocupacional

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



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

Nota: Los servicios sujetos a una aprobación previa (autorización previa) podrían variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Artículos ortésicos/prostésicos

Cubrimos dispositivos ortésicos y protésicos si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para dispositivos protésicos).
- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para apoyar una parte del cuerpo (solo para dispositivos ortésicos).
- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para que usted realice actividades de la vida diaria.
- El artículo es razonable para su condición médica general.

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

Nota: Los servicios sujetos a una aprobación previa (autorización previa) podrían variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Suministros para ostomía y urológicos

Los suministros de ostomía y urología deben tener aprobación previa.

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



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

Nota: Los servicios sujetos a una aprobación previa (autorización previa) podrían variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Fisioterapia

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

Rehabilitación pulmonar

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

Servicios en centros de enfermería especializada

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

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

Terapia del habla

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

Ensayos Clínicos Sobre el Cáncer

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

- Habríamos cubierto los servicios si no hubieran estado relacionados con un ensayo clínico.



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

- Reúne los requisitos para participar en el ensayo clínico, de acuerdo con el protocolo del estudio, con respecto al tratamiento del cáncer u otra condición que pone en riesgo la vida (una condición con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa la evolución de dicha condición), según se determine de una de las siguientes formas:
 - ◆ Un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente realiza esta determinación.
 - ◆ Nos proporciona información médica y científica que lo determina.
- Si algún Proveedor de la Red de Kaiser Permanente participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el ensayo clínico, debe participar en el ensayo clínico a través de un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente, salvo que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.
- El ensayo clínico es un Ensayo Clínico Aprobado.

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

- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de contar con una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
- El estudio o la investigación es aprobado o financiado por al menos uno de los siguientes:
 - ◆ Los Institutos Nacionales de Salud
 - ◆ Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
 - ◆ La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención de la Salud
 - ◆ Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
 - ◆ Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos
 - ◆ Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros



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

- ◆ El Departamento de Asuntos de Veteranos o el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. determina que cumple con todos los siguientes requisitos: (1) Es comparable al sistema de los Institutos Nacionales de Salud de revisión por pares de estudios e investigaciones y (2) asegura una revisión imparcial conforme a los estándares científicos más altos por personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión

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

Servicios de laboratorio y radiología

Cubrimos los servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando sean necesarios desde el punto de vista médico. Muchos procedimientos avanzados de imágenes diagnósticas, como las tomografías computarizadas (TAC), imágenes por resonancia magnética (MRI) y las tomografías por emisión de positrones (TEP) se cubren según la necesidad médica.

Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas

Cubrimos los siguientes servicios preventivos:

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

Los servicios de planificación familiar se brindan a Miembros en edad de tener hijos para permitirles determinar cuántos hijos desean tener y cada cuánto tiempo. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración



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

de Alimentos y Medicamentos. Como Miembro, usted elige un médico que se encuentra cerca de usted y le proporcionará los servicios que necesita.

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

Nota: Para obtener más información sobre los servicios de prevención para los niños, diríjase a la sección "Servicios pediátricos" de este Capítulo 4.

Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias

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

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

Servicios pediátricos

Cubrimos los siguientes servicios:

- Los servicios del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and periodic screening, diagnostic and treatment, EPSDT) que recomiendan las pautas de pediatría de Brighth Futures para ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse sanos. Estos servicios no tienen costo para usted.
- Si usted o su hijo tienen menos de 21 años, Kaiser Permanente cubre las consultas de bienestar infantil. Las consultas de bienestar infantil son un conjunto integral de servicios preventivos, de detección, diagnóstico y tratamiento.
- Kaiser Permanente hará citas y proporcionará transporte para ayudar a los niños a obtener la atención que necesitan.
- La atención preventiva puede consistir en exámenes médicos y de detección regulares para ayudar a su médico a encontrar problemas en una etapa temprana. Los exámenes médicos regulares le ayudan a usted o al médico de su hijo a buscar cualquier problema con sus trastornos médicos, dentales,



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

de la vista, auditivos, de salud mental y de cualquier trastorno por abuso de sustancias, o los de su hijo. Kaiser Permanente cubre los servicios de detección (incluida la evaluación del nivel de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su examen médico regular, o el de su hijo. Además, la atención preventiva puede ser una vacuna que usted o su hijo necesitan. Kaiser Permanente debe asegurarse de que todos los niños inscritos reciban las vacunas necesarias al momento de cualquier consulta de atención médica. Los servicios de atención preventiva y las pruebas de detección están disponibles para usted sin costo y sin aprobación previa (autorización previa).

- Cuando se encuentra un problema de salud físico o mental durante un examen médico o de detección, es posible que haya algún cuidado que pueda solucionarlo o ayudarlo. Si la atención es necesaria desde el punto de vista médico y somos responsables de pagarla, Kaiser Permanente la cubrirá sin costo alguno para usted. Estos servicios incluyen:
 - ◆ Médico, enfermero practicante y atención hospitalaria
 - ◆ Vacunas para mantenerlo saludable
 - ◆ Fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y ocupacional
 - ◆ Servicios de salud a domicilio, que pueden ser equipos médicos, suministros y dispositivos
 - ◆ Tratamiento para la vista y la audición, que pueden ser anteojos y audífonos
 - ◆ Tratamiento de Salud del Comportamiento para trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo
 - ◆ Administración de casos y educación para la salud
 - ◆ Cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar la función o crear una apariencia normal
- Coordinación de la atención para ayudar a que usted o su hijo reciban la atención adecuada, incluso si no somos responsables de pagar por la atención. Estos servicios incluyen:
 - ◆ Servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias
 - ◆ Tratamiento para problemas dentales, como ortodoncia



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

Cirugía reconstructiva

Ofrecemos cobertura para:

- Cirugía, cuando hay un problema con una parte de su cuerpo. Este problema puede ser causado por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumas, infecciones, tumores, enfermedades o lesiones. Cubrimos cirugías para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo a fin de crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Después de la extirpación necesaria desde el punto de vista médico de la totalidad o de parte de un seno, cubrimos la cirugía reconstructiva del seno y del otro seno para que tengan un aspecto similar. Cubrimos los servicios para la hinchazón después de la extirpación de los ganglios linfáticos.

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

Servicios para Personas Transgénero

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

Servicios para la vista

Exámenes de rutina de los ojos

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

Anteojos

Cubrimos lo siguiente:

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



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

■ ***Lentes para anteojos***

El proveedor de lentes para anteojos del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California proporciona los lentes para anteojos nuevos o de reemplazo. Si el proveedor de DHCS no puede proporcionarle los lentes que necesita, encargaremos sus lentes a otro laboratorio óptico. Usted no tendrá que pagar ningún costo adicional si tenemos que hacer arreglos porque el proveedor del DHCS no puede hacer sus anteojos.

Si usted quiere lentes para anteojos o algún elemento que no esté cubierto por Medi-Cal, entonces tendrá que pagar un costo adicional por esas mejoras.

■ ***Armazones para Anteojos***

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

Dispositivos para visión disminuida

Medi-Cal cubre los dispositivos para visión disminuida cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- La mejor agudeza visual corregida es de 20/60, o menos en el mejor ojo, o hay una restricción de campo de cualquiera de los ojos a 10 grados o menos del punto de fijación.
- La condición que causa la visión anormal es crónica y no se puede por medios médicos o quirúrgicos.
- La condición física y mental del receptor es tal que hay una expectativa razonable de que la ayuda se utilice para mejorar la función diaria del receptor.

La cobertura se limita al dispositivo de menor costo que satisfaga las necesidades médicas del Miembro. La cobertura de Medi-Cal no incluye dispositivos de aumento electrónico y dispositivos que no incorporen lentes para usar con el ojo.

Lentes de contacto especiales

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

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



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

Nota: Las políticas de reemplazo de lentes podrían variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Joaquin. Si desea obtener información sobre cómo cambiar las redes de proveedores, llame al Servicio a los Miembros de Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

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

Usted tiene derecho a utilizar transporte médico en casos que no sean de emergencia (“NEMT”) para llegar a sus citas cuando se trate de un servicio cubierto por Medi-Cal. Si usted no puede llegar a su cita médica, dental, de salud mental, por abuso de sustancias o su cita de farmacia en automóvil, autobús, tren o taxi, puede pedirle a su médico el servicio de NEMT. Su médico decidirá el tipo correcto de transporte que se adapte a sus necesidades.

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

Se debe usar NEMT en los siguientes casos:

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

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

Límites de NEMT

No hay límites para recibir NEMT para ir y venir de las citas médicas, dentales, de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias cubiertas por Kaiser Permanente cuando un proveedor se lo recetó. Algunos servicios de farmacia se encuentran cubiertos por NEMT, como los viajes a la farmacia para recoger medicamentos. Para obtener más



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

información o para preguntar por los servicios de NEMT relacionados con la farmacia, llame a su médico o proveedor. Si la clase de cita está cubierta por Medi-Cal, pero no a través de Kaiser Permanente, lo ayudaremos a programar su transporte.

¿Qué no corresponde?

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

Costo para el Miembro

No hay ningún costo cuando nosotros autorizamos el transporte.

Transporte no médico (“NMT”)

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

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

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

Le reembolsaremos la distancia recorrida cuando usted realice el transporte en un vehículo privado. No haremos reembolsos en caso de usar agentes de transporte, pases de autobús, recibos de taxi o boletos de tren. El transporte en un vehículo y el reembolso de las millas está cubierto (de acuerdo con las pautas de Medi-Cal) cuando está autorizado por anticipado (antes de realizar el viaje). Para solicitar autorización y consultar sobre los criterios para la toma de decisiones sobre las autorizaciones, llame al **1-844-299-6230 (TTY 711)**. El representante también puede responder cualquier pregunta sobre el reembolso de millas.

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

- Su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente
- La fecha y la hora de sus citas médicas



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

- La dirección donde necesita que lo pasen a buscar y la dirección a la que se dirige
- Si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta
- Si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre/la madre/el tutor legal o el cuidador)

Nota: los Indios Americanos podrán ponerse en contacto con su Clínica de Salud para la Población Indígena (Indian Health Clinics, IHC) local para solicitar los servicios de NMT.

Límites de NMT

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

¿Qué no corresponde?

El NMT no aplica si:

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

Costo para el Miembro

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



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

Coordinación de la atención

Ofrecemos servicios para ayudarlo a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la salud de su hijo, llame al **1-833-721-6012**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1:00 p. m. y de 2:00 p. m. a 5:00 p. m.

Servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”)

Cubrimos estos LTSS para los miembros que reúnen los requisitos:

- Servicios en centros de enfermería especializada como se describió en el título “Servicios en centros de enfermería especializada” en la sección “Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (“terapia”)” anteriormente en este Capítulo 4.
- Algunos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
 - ◆ El contrato del Plan con Health Plan of San Joaquin no incluye la cobertura para los Servicios en el Hogar y Basados en la Comunidad para los adultos mayores de 21 años. Le ayudaremos con la coordinación de la atención y brindaremos asistencia con el transporte cuando sea necesario.
 - ◆ Los miembros menores de 21 años, tienen cobertura para algunos Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad. Los servicios cubiertos para niños fueron descritos previamente bajo el título “Servicios pediátricos” en este Capítulo 4.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad

Usted podría calificar para recibir Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Service, “CBAS”) si tiene problemas de salud que le dificultan cuidar de sí mismo y necesita ayuda adicional. Los centros de CBAS también ofrecen capacitación y apoyo para su familia o su cuidador.

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



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

Servicios que puede obtener a través de Pagos por Servicios (“FFS”) de Medi-Cal o de otros programas

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

Servicios dentales

Medi-Cal cubre algunos servicios dentales, entre ellos:

- Higiene dental preventiva y diagnóstica (como exámenes, radiografías y limpiezas dentales)
- Fluoruro Tópico
- Servicios de emergencia para el control del dolor
- Extracciones de dientes
- Empastes
- Tratamientos del conducto radicular (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/laboratorio)
- Escalado y alisado radicular
- Mantenimiento periodontal
- Dentaduras completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califican

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

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



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

Servicios especializados de salud mental

Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y hospitalizados:

Servicios para pacientes ambulatorios:

- Servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, tratamiento, rehabilitación y otros relacionados)
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios intensivos de tratamiento diurno
- Servicios de rehabilitación diurnos
- Servicios de intervención en casos de crisis
- Servicios de estabilización en casos de crisis
- Servicios específicos de administración de casos
- Servicios de comportamiento terapéuticos
- Coordinación de la atención intensiva (Intensive care coordination, “ICC”)
- Servicios intensivos basados en el hogar (Intensive home-based services, “IHBS”)
- Cuidados de crianza terapéuticos (Therapeutic foster care, “TFC”)

Servicios residenciales:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis

Servicios para pacientes hospitalizados:

- Servicios hospitalarios agudos para pacientes psiquiátricos
- Servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
- Servicios en centros de salud psiquiátricos



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

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

California Children's Services ("CCS")

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

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

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

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

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cánceres
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia de células falciformes
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas crónicos graves de riñón
- Enfermedad del hígado
- Enfermedad intestinal



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

- Labio o paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones en algunas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes gravemente torcidos

El Estado paga los servicios de CCS. Si su hijo no reúne los requisitos para los servicios del programa de CCS, podrá seguir recibiendo la atención necesaria desde el punto de vista médico de Kaiser Permanente. Para obtener más información sobre CCS, visite la página web de CCS en www.dhcs.ca.gov/services/ccs (en inglés) o llame al **1-800-464-4000** (TTY 711).

Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

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

Atención institucional a largo plazo

El contrato entre Health Plan of San Joaquin y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. incluye la cobertura de la atención a largo plazo para el mes en el que ingresa a un centro de atención y el mes posterior. Nuestro contrato no cubre estancias más largas. Sin embargo, si recibe cuidados paliativos en un centro de atención, puede continuar su atención con Kaiser Permanente.



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

Medi-Cal con Pago por Servicio (“FFS”) cubre su estadía si dura más tiempo del mes después de que ingresa al centro de atención. Para obtener más información, llame a Health Plan of San Joaquin al **1-888-936-PLAN (7526)** (TTY 711).

Oración o curación espiritual

Los servicios de oración o curación espiritual, conforme se especifica en la Sección 51312 del Título 22 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR), están disponibles a través Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

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

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura para los servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (Local Education Agency, LEA), como se especifica en la Sección 51360(b) del Título 22 del CCR cuando se proporcionan a un Miembro que califica para los servicios de la LEA según la Sección 51190.1 del Título 22 del CCR.

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

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

Los servicios de laboratorio son proporcionados conforme el programa Estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica

La cobertura de los servicios según el programa Estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica se brinda a través de Medi-Cal con FFS.

Cuidado de Salud Pediátrico Diurno

La cobertura de los servicios de cuidado de salud pediátrico diurno se realiza a través de Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.



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

Servicios de administración de casos específicos conforme se establece en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR

Los servicios de administración de casos específicos, conforme se establece en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR, se brindan a través de Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

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

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

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

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



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

Ciertos exámenes y servicios

La cobertura de Medi-Cal no incluye los exámenes y servicios necesarios:

- Para obtener o mantener un trabajo
- Para recibir un seguro
- Para obtener cualquier tipo de licencia
- Por orden judicial o para libertad condicional o periodo de prueba

Esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.

Artículos para comodidad o conveniencia

La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo. Estos incluyen artículos que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un Miembro, un familiar del Miembro o del proveedor de atención médica del Miembro. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche regulares que se proporcionan a las mujeres después de un embarazo.

Servicios estéticos

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios para cambiar su apariencia (incluida la cirugía en partes normales del cuerpo para modificar su aspecto). Esta exclusión no se aplica a los dispositivos protésicos cubiertos:

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

Suministros desechables

La cobertura de Medi-Cal no incluye los siguientes materiales desechables para uso en el hogar: vendajes, gasa, cinta, antisépticos, apósitos y vendajes tipo Ace. Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables proporcionados como parte de los siguientes beneficios descritos en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros:

- Tratamiento de diálisis/hemodiálisis



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

- Equipo médico duradero
- Atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Suministros médicos, equipos y dispositivos
- Medicamentos recetados

Servicios experimentales

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios experimentales que son medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se están probando en un laboratorio o en animales, pero que no están listos para ser probados en humanos.

Servicios de fertilidad

La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios para ayudar a la mujer a quedar embarazada, incluidos servicios sobre infertilidad, inseminación artificial y servicios de tecnología reproductiva asistida.

Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello

La cobertura de Medi-Cal no incluye los artículos y servicios para la promoción, prevención u otro tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello.

Artículos y servicios que no son para la atención médica

La cobertura de Medi-Cal no incluye los artículos que no sean artículos o servicios para el cuidado de la salud. Por ejemplo, no cubrimos:

- Enseñanza de modales y etiqueta
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas
- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- Asesoramiento o clases particulares académicas para desarrollar habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo



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

- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia
- Exámenes educativos
- Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que esta exclusión de “enseñanza de cómo tocar un instrumento” no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura conforme a la sección “Tratamientos de Salud del Comportamiento” en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”)
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales
- Cursos de crecimiento profesional
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- Modificaciones a su hogar o auto
- Terapia acuática y otra hidroterapia Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el Capítulo 4 (“Beneficios y servicios”):
 - ◆ Atención médica a domicilio
 - ◆ Cuidados paliativos y para enfermos terminales
 - ◆ Servicios de rehabilitación y habilitación
 - ◆ Servicios en centros de enfermería especializada

Masoterapia

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

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



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

Servicios de cuidado personal

La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico, como ayuda con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y tomar medicinas). Esta exclusión no se aplica a la asistencia para actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en las siguientes secciones:

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

Reversión de la esterilización

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios para revertir una intervención quirúrgica voluntaria de anticoncepción.

Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies

La cobertura de Medi-Cal no incluye artículos y servicios para el cuidado de los pies que no sean necesarios desde el punto de vista médico.

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal

La cobertura de Medi-Cal no incluye medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, “FDA”) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones:

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

Servicios prestados por personas sin licencia

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios que son realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias ni 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.



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

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

Servicios relacionados con un servicio sin cobertura

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

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

Comuníquese con su condado para obtener más información sobre los servicios de manejo de los casos por intoxicación por plomo.

Coordinación de beneficios

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

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

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



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

5. Derechos y responsabilidades

Como Miembro de Kaiser Permanente, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explica dichos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye las notificaciones legales a las que tiene derecho como Miembro de Kaiser Permanente.

Sus derechos

Los Miembros de Kaiser Permanente tienen los siguientes derechos:

- Recibir un trato respetuoso, con la debida consideración a su derecho de privacidad y necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica
- Recibir la información sobre el plan y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos y los derechos y responsabilidades de los miembros
- Elegir un médico de atención primaria dentro de nuestra red
- Tener acceso oportuno a los Proveedores de la Red
- Participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rehusar el tratamiento
- Conocer los nombres de las personas que lo atienden y la clase de capacitación que tienen
- Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible
- Obtener una segunda opinión de un médico de la red en cualquier momento
- Dar a conocer sus quejas formales, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención recibida
- Obtener coordinación para la atención



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

- Solicitar una apelación para las decisiones de denegar, diferir o limitar los servicios o los beneficios
- Recibir servicios de interpretación orales sin cargo en su idioma
- Recibir ayuda legal sin cargo en su oficina de ayuda legal local u otros grupos
- Formular instrucciones por anticipado para la atención médica
- Solicitar Audiencias Estatales en caso de que se le niegue un servicio o beneficio Puede solicitar una audiencia Estatal si ya presentó una apelación con nosotros y no está satisfecho con la decisión. Puede también solicitar una Audiencia Estatal si no obtiene una decisión dentro de los 30 días posteriores a la apelación que presentó con nosotros. Esto incluye información sobre las circunstancias en las que se podría realizar una audiencia acelerada
- Tener acceso, cuando sea legalmente adecuado, a recibir copias de su historia clínica, modificarla o corregirla
- Cancelar la afiliación a Health Plan of San Joaquin y cambiar a otro plan de atención médica administrada en el condado donde vive
- Tener acceso a los Servicios con Consentimiento del Menor
- Obtener material con información escrita para Miembros en formatos alternativos (incluido el braille, impresión con letras grandes y formato en audio) a solicitud y de manera oportuna según el formato que se solicite, y de acuerdo con la Sección 14182 (b)(12) del Código de Asistencia Social e Instituciones (Welfare and Institutions Code, W&I)
- Estar libre de todo tipo de restricción o aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia
- Discutir honestamente la información y analizar las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, y que estas se presenten de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión
- Obtener una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Secciones 164.524 y 164.526
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar adversamente cómo lo tratan en Kaiser Permanente, los proveedores o el Estado



- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Clínicas de Salud para la Población Indígena, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios de infecciones de transmisión sexual y servicios de emergencia en conformidad con la ley federal

Sus responsabilidades

Los Miembros de Kaiser Permanente tienen las siguientes responsabilidades:

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

Aviso sobre prácticas de privacidad

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

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, “PHI”). También se exige a todos los proveedores



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

contratados que protejan la privacidad de su PHI. Su PHI es la información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención para la salud que recibe o los pagos por esta atención, a través de la cual se le pueda identificar individualmente.

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

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

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

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

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

Aviso sobre la legislación

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



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

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso

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

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

- Personal Injury Program en <http://dhcs.ca.gov/PI> (en inglés)
- Workers Compensation Recovery Program en <http://dhcs.ca.gov/WC> (en inglés)

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

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

Si tiene cobertura de Medicare, debe hacérselo saber. Es posible que el programa de Medicare tenga que pagar ciertos servicios que usted reciba de nosotros. Medi-Cal siempre paga en último lugar.

Los miembros de Medi-Cal también pueden tener otra cobertura de salud (Other Health Coverage, "OHC") sin costo. Por ley, los miembros deben agotar todos los servicios proporcionados por la OHC antes de utilizar los servicios a través de Medi-Cal. Si no solicita o mantiene OHC sin costo o pagada por el estado, se denegarán o suspenderán sus beneficios o elegibilidad de Medi-Cal. Las leyes estatales y federales requieren que los miembros de Medi-Cal informen al seguro médico privado. Para informar o cambiar de seguro médico privado, vaya a <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> (en inglés). O mediante su plan de salud. O llame al **1-800-541-5555** (TTY/TDD **1-800-430-7077** o al **711**). Fuera de California, llame al **1-916-636-1980**. Si no informa los cambios a su OHC de inmediato y, debido a esto, recibe beneficios de Medi-Cal para los que no es elegible, es posible que deba reembolsar al DHCS.



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

Aviso sobre recuperación por medio de herencia

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

Para saber más sobre el estado de la recuperación, diríjase a <http://dhcs.ca.gov/er> (en inglés). O llame al **1-916-650-0490** o busque asesoría legal.

Notificación de Acción

Kaiser Permanente le enviará una Notificación de Acción (Notice of Action, NOA) en cualquier momento que rechazemos, demoremos, finalicemos o modifiquemos una solicitud de servicios de atención para la salud. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Consulte la sección Apelaciones en el Capítulo 6 para obtener información importante sobre cómo presentar su Apelación. Cuando le enviemos una NOA, se le informarán todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con la decisión que tomamos.

Aviso sobre circunstancias inusuales

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

Aviso sobre la administración de sus beneficios

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

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



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

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

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros

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

Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores

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

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

Cuando usted elige la asignación a Kaiser Permanente a través de Health Plan of San Joaquin, los términos de esta Guía para Miembros son obligatorios para usted.

Aviso de que Health Plan of San Joaquin no es nuestro agente

Health Plan of San Joaquin no es un agente o representante de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Avisos sobre su cobertura

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



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

6. Cómo reportar y solucionar problemas

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

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

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

Si su queja o apelación aún no se resuelve, o si usted está disconforme con el resultado. Puede pedir al Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC) que realice una revisión médica independiente (Independent Medical Review, “IMR”). Puede llamar al “DMHC” al **1-888-466-2219** (TTY **1-877-688-9891** o al **711**) o visitar la página web de DMHC: www.dmhc.ca.gov (en inglés).

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

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

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



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

Quejas

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

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

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

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

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

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



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

Apelaciones

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

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA. Si usted recibe tratamiento actualmente y desea continuar haciéndolo, deberá presentar una apelación en un plazo de 10 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA o antes de la fecha en la que Kaiser Permanente indica que no se prestarán más servicios. Cuando usted solicita una apelación bajo dichas circunstancias, el tratamiento continuará, si usted lo pide. Es posible que se le solicite que pague el costo de los servicios si la decisión final deniega o cambia un servicio.

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

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

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



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

En un plazo de 5 días contados a partir de que recibamos su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le haremos saber nuestra decisión sobre la apelación. Si no le comunicamos la decisión de su apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una Audiencia Estatal y una Revisión Médica Independiente. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva.

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

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

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

- Solicite una **Audiencia Estatal** del Departamento de Servicios Sociales de California (Department of Social Services, “CDSS”) y un juez revisará su caso.
- Presente una Revisión Médica Independiente/Formulario de queja con el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para que nuestra decisión se someta a revisión o pida una **Revisión Médica Independiente** (“IMR”) del DMHC. Durante la IMR del DMHC, un médico externo que no forma parte de Kaiser Permanente revisará su caso. El DMHC cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencias auditivas o del habla. Puede encontrar el formulario de Quejas/Revisión Médica Independiente y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: **www.dmhc.ca.gov** (en inglés).

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal.

Usted tiene derecho a una Audiencia Estatal y a una IMR. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR.

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



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

Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) con el Departamento de Atención Médica Administrada

Una IMR es cuando un revisor externo, no relacionado con el plan de salud, revisa su caso. Si desea una IMR, primero deberá presentar una apelación ante nosotros. Si no nos comunicamos con usted en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con nuestra decisión, podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de 6 meses contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Solo tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal por lo que si quiere una IMR y una audiencia Estatal, presente su queja tan pronto como pueda. Recuerde, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva.

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

Si su queja al DMHC no califica para una IMR, el DMHC revisará, de todas maneras, su queja para asegurarse de que tomamos la decisión correcta sobre su apelación por la negación de los servicios. Tenemos que cumplir con las IMR del DMHC y revisar las decisiones.

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

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-464-4000 (TTY 711)** y utilizar 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 potencial que tenga ni ningún recurso legal del que pueda disponer. 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, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (“IMR”). En este caso, 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 que son experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con



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

una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento <http://www.dmhc.ca.gov> (en inglés), encontrará formularios de queja, formularios de solicitud para IMR e instrucciones en línea.

Audiencias Estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales de California (“CDSS”). Un juez ayudará a resolver su problema. Tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal si ya presentó una apelación ante Kaiser Permanente y todavía no está satisfecho con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 120 días calendario contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal por usted con su permiso por escrito.

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

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

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

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

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

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



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

Fraude, despilfarro y abuso

Si usted sospecha que un proveedor o una persona con Medi-Cal cometió fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho es reportarlo llamando a la línea gratuita confidencial **1-800-822-6222** o presentando una queja en línea en **www.dhcs.ca.gov** (en inglés).

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

- Alteración de historias clínicas
- Recetar más medicamentos de lo que es necesario desde el punto de vista médico
- Brindar más servicios de atención para la salud de los que son necesarios desde el punto de vista médico
- Cobrar servicios que no se brindaron
- Cobrar por servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio
- Ofrecer artículos y servicios sin cargo o con descuento a los miembros con la intención de influir en la selección del proveedor por parte del miembro
- Cambiar al médico de cabecera del miembro sin su conocimiento

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

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

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

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



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

Arbitraje vinculante

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

Alcance del Arbitraje

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

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

Recuerde:

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



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

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

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

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

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

Reglas de Procedimiento

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

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



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

Cómo Solicitar un Arbitraje

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

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

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

Presentación de Peticiones de Arbitraje

Si presenta una reclamación contra KFHP, KFH, SCPMG, TPMG, The Permanente Federation, LLC o The Permanente Company, LLC debe enviar la Petición de arbitraje a:

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

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

Nos consideramos notificados cuando recibimos la Petición de Arbitraje.

Cuota por Presentación

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

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

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

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



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

El Formulario de Exención de Cuota:

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

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

Número de Árbitros

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

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

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

Honorarios y Gastos de los Árbitros

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

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

Costos

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



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

Disposiciones Generales

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

Se desestimarán su reclamo en alguno de los siguientes casos:

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

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

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

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

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

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

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



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

7. Números importantes y palabras clave

Números de teléfono importantes

- Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente:
 - ◆ Español **1-800-788-0616**
 - ◆ Inglés **1-800-464-4000**
(y más de 150 idiomas que usan los servicios de interpretación)
 - ◆ Dialectos chinos **1-800-757-7585**
 - ◆ TTY **711**
 - Autorización para obtener atención de posestabilización **1-800-225-8883 (TTY 711)**
 - Citas y consejos de Kaiser Permanente **1-866-454-8855 (TTY 711)**
 - Health Plan of San Joaquin **1-888-936-PLAN (7526) (TTY 711)**
 - Health Care Options **1-800-430-4263**
(TTY 1-800-430-7077)
-

Palabras clave

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

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



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

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

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

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

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

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

Área de Servicio de Health Plan of San Joaquin: El Área de Servicio de Health Plan of San Joaquin para Kaiser Permanente es el Condado de San Joaquin.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cancelar la inscripción: Dejar de usar Health Plan of San Joaquin como su plan de atención médica administrada de Medi-Cal porque ya no califica o se cambió a un nuevo plan de salud. Debe firmar un formulario que indique que ya no desea usar Health Plan of San Joaquin o llamar a Health Care Options y cancelar su inscripción por teléfono.

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

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

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



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

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

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

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

Clínica de la Salud Indígena (Indian Health Clinic, “IHC”): Una clínica operada por el Servicio de Salud Indígena (IHS) o por una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana.

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

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

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

Condición médica de emergencia: Una condición médica o mental con síntomas muy intensos, como un trabajo de parto activo (ver la definición proporcionada anteriormente) o dolor intenso, que una persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría considerar con prudencia que, si no recibe atención médica inmediata, podría:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early and periodic screening, diagnostic and treatment; “EPSDT”): Los servicios de EPSDT son un beneficio para los Miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables. Los miembros deben hacerse los exámenes médicos correctos para su edad y las pruebas de detección apropiadas para detectar problemas de salud y tratar las enfermedades en una etapa temprana.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Health Plan of San Joaquin: Su plan de atención médica administrada de Medi-Cal. Kaiser Permanente es su proveedor de atención médica a través de Health Plan of San Joaquin.

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

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

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

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

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

Indio Americano: Un individuo, como se define en el título 25 de las secciones 1603(c), 1603(f), 1679(b) del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.), o quien se haya determinado elegible como Indio, en cumplimiento del título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), 136.12 o Título V de la Ley de Mejora de Atención Médica para personas Indígenas, para recibir servicios de atención médica por parte de proveedores de atención médica para personas Indígenas (Servicio de Salud para Pueblos Indígenas [Indian Health Service, IHS] y Tribus Indígenas, Organizaciones Tribales u Organizaciones Indígenas Urbanas, I/T/U) o a través de una referencia a los Servicios de Salud Contratados.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.: Una organización sin fines de lucro de California. En esta Guía para Miembros, “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

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

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



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

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

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

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

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

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

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes:

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



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

- Asistente médico
- Clínica

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

Miembro: Cualquier beneficiario elegible de Medi-Cal asignado a Kaiser Permanente a través de Health Plan of San Joaquin que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos. En esta Guía para Miembros, “usted” hace referencia al Miembro.

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

Otras coberturas a la salud (Other Health Coverage, “OHC”): Un seguro médico privado y quienes paguen servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, oftalmológicos, farmacéuticos o complementarios de Medicare (Parte C y D).

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

Plan: Consulte la definición de “plan de Atención Médica Administrada”.

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

Prima: Una cantidad pagada para la cobertura; el costo de cobertura. Las primas no aplican para la cobertura de Medi-Cal. Es posible que tenga primas por otra cobertura médica.



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

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

Proveedor de la Red (o proveedor Dentro de la Red): Consulte “Proveedor participante” más abajo.

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

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

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

Los tipos de proveedores de atención médica incluyen, pero no se limitan a:

- El audiólogo es un proveedor que realiza las pruebas de audición
- Una enfermera partera certificada es una enfermera que la atiende durante el embarazo y el parto
- Un médico de medicina familiar es un médico que atiende temas médicos comunes de personas de todas las edades
- Un médico general es un médico que atiende temas médicos comunes
- El internista es un médico que atiende problemas médicos comunes en adultos
- Un enfermero vocacional certificado es un enfermero certificado que trabaja con su médico
- Un consejero es una persona que lo ayuda con los problemas familiares
- Un asistente médico o asistente médico certificado es una persona sin certificación que ayuda a sus médicos a brindarle atención médica
- Un profesional médico de nivel medio es un nombre que se utiliza para los proveedores de atención médica, como las enfermeras parteras, los asistentes de los médicos o los enfermeros con práctica médica
- Un enfermero anestesista es un enfermero que le administra anestesia



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

- Un enfermero con práctica médica o un asistente del médico es una persona que trabaja en una clínica o en el consultorio de un médico que lo diagnostica, le da tratamiento y lo cuida dentro de ciertos límites
- Un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) es un médico que cuida la salud de las mujeres, incluso durante el embarazo y el parto
- Un terapeuta ocupacional es un proveedor que le ayuda a recobrar sus habilidades y actividades diarias después de una enfermedad o una lesión
- Un pediatra es un médico que cuida a niños desde el nacimiento y hasta la adolescencia
- Un fisioterapeuta es un proveedor que le ayuda a fortalecer su cuerpo después de una enfermedad o una lesión
- Un podólogo es un médico que cuida sus pies
- Un psicólogo es una persona que da tratamiento a temas de salud mental, pero no receta medicamentos
- Un enfermero titulado es un enfermero más capacitado que un enfermero vocacional certificado, que tiene una licencia para realizar algunas tareas con su médico
- Un terapeuta de la respiración es un proveedor que lo ayuda a respirar mejor
- Un patólogo del habla es un proveedor que lo ayuda a hablar mejor

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

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

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

Proveedor Fuera de la Red: Un proveedor que no es parte de la red de Kaiser Permanente.

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



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

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

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

Queja formal: La expresión de falta de conformidad verbal o escrita de un Miembro en relación con Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o de los servicios provistos. Una queja es un ejemplo de queja formal.

Quiropráctico: Un proveedor que trata la columna mediante manipulación manual.

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

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

Región: 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, Hawaii, Idaho, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de los centros de la Región, visite nuestro sitio web, kp.org/espanol, o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

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

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

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

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



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

Servicios Comunitarios para Adultos (Community-based adult services, “CBAS”):

Servicios para pacientes ambulatorios en un centro de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personalizada, capacitación y apoyo para la familia y el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para Miembros que califican.

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

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

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

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente o mediante el programa Medi-Cal de California; servicios no cubiertos

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

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

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



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

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

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

Servicios especializados de salud mental: Servicios para los miembros que necesitan servicios de salud mental que son de un nivel de deficiencia mayor a medio o moderado.

Servicios fuera del área: Servicios proporcionados mientras un Miembro se encuentra en cualquier lugar fuera de su Región Base. Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

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

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

Servicios y dispositivos de terapia de habilitación y rehabilitación: Servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a obtener o recuperar habilidades físicas o mentales.

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

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

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

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

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



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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

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

