
Parte Dos del Formulario de Revelación

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

Descripción general de su cobertura

Kaiser Permanente Traditional HMO Plan
Kaiser Permanente Deductible HMO Plan
Kaiser Permanente HSA-Qualified High Deductible Health Plan (HDHP) HMO Plan

Introducción

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

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

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

Al unirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Áreas de Servicio del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su "Región Base". Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para saber qué región de California es su Región Base. En este *Formulario de Revelación* se describe su cobertura en su Región Base.

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

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

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

Consulte el resumen de deducibles, Copagos y Coseguro en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*. Si tiene preguntas sobre los beneficios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o consulte la EOC.

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

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse la siguiente notificación en los documentos de formularios de revelación: **"Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un familiar necesiten: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y del parto; tratamientos para la infertilidad o interrupción voluntaria del embarazo. Procure obtener más información antes de inscribirse."**

Comuníquese con el médico que lo va a atender, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención médica que necesite”.

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

Cómo Obtener Servicios

Los Miembros de Kaiser Permanente reciben atención médica cubierta de Proveedores del Plan (médicos, enfermeros titulados, enfermeros con práctica médica y otros profesionales de la salud) dentro del Área de Servicio de su Región Base en Centros de Atención del Plan excepto según se describe en este *Formulario de Revelación* o la *EOC* para los Servicios que se mencionan a continuación:

- referencias autorizadas;
- Servicios de ambulancia de emergencia;
- Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área;
- cuidados paliativos;
- Servicios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base.

Para conocer las ubicaciones de los Centros de Atención del Plan, consulte la lista de centros de atención en el sitio web kp.org/ubicaciones o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Servicios de Emergencia

Atención de Emergencia

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

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

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

Atención de Postestabilización

Cubrimos la Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan (consulte el título “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de su *EOC* para obtener información) en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan dentro de California o en un centro de la red de PPO de Cigna en un estado donde Kaiser Permanente no opera, cubrimos los Servicios solo si se obtiene autorización previa para la atención o si las leyes correspondientes exigen que se proporcione (“autorización previa” significa que los servicios se deben aprobar con antelación).

- Atención de Postestabilización por parte de todos los demás proveedores fuera de California si califica como Servicios de Emergencia según la ley federal (su médico tratante ha determinado que usted no puede viajar hasta un Proveedor del Plan por su condición médica o usted o su representante autorizado no están en condiciones de poder dar su consentimiento de acuerdo con la ley estatal de consentimiento informado).

Usted es responsable del costo total del Servicio de un Proveedor que No Pertenece al Plan después de que su condición médica se haya Estabilizado en las siguientes circunstancias:

- Si recibe Atención de Postestabilización que no ha sido autorizada de un Proveedor que No Pertenece al Plan en California o de un centro de atención de la red de PPO de Cigna en un estado donde Kaiser Permanente no opera.
- Si recibe Atención de Postestabilización que no califica como Servicios de Emergencia de cualquier otro proveedor fuera de California que no haya sido autorizado (en tales circunstancias, el Proveedor que No Pertenece al Plan puede notificar y solicitar su consentimiento para prestar los Servicios, pero estos Servicios no están cubiertos, a menos que los hayamos autorizado).

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base

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

Atención de Urgencia Fuera del Área

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

- Recibe los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan mientras se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio de su Región Base.
- Usted consideró razonablemente que su salud (o la del bebé no nacido) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta que regresara al Área de Servicio de su Región Base.

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

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

Su tarjeta de identificación

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

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

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

En general, en la mayoría de los Centros de Atención del Plan puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite, incluidos Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia, atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. No tiene que atenderse en un Centro de Atención del Plan específico; le recomendamos acudir al que le resulte más conveniente. Para conocer las ubicaciones de los centros de atención en su área, visite el sitio web kp.org/ubicaciones o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

En *Su Guía a los Servicios de Kaiser Permanente (Su Guía)* y en el sitio web kp.org/espanol se indican los Hospitales del Plan y los Consultorios Médicos del Plan en su área. En *Su Guía* se describen los tipos de Servicios cubiertos disponibles en cada Centro de Atención del Plan en su área, porque algunos centros ofrecen solamente tipos específicos de Servicios cubiertos. Además, en *Su Guía* se explica cómo usar nuestros Servicios y hacer citas, se incluyen nuestros horarios de atención y un directorio telefónico detallado para hacer citas y recibir consejos. En *Su Guía* encontrará más información importante, por ejemplo, pautas para la atención preventiva y sus derechos y responsabilidades como Miembro de Kaiser Permanente. *Su Guía* está sujeta a cambios y se actualiza periódicamente. Para obtener una copia, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

Su Médico personal del Plan

Los Médicos personales del Plan desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, incluidas las hospitalizaciones y las referencias a especialistas. Le recomendamos que elija un Médico personal del Plan; puede escoger a cualquiera que esté disponible. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos personales del Plan son Médicos de Atención Primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar o especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria). También puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Atención Primaria, igualmente proporcionan este tipo de servicio. Puede cambiar de Médico personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Médico personal del Plan, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). En el sitio web kp.org/espanol puede encontrar un directorio de nuestros Médicos del Plan.

Cómo Obtener una Referencia

Referencias a Proveedores del Plan

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

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

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

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

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

Referencias abiertas

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

Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias

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

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

La Supervisión de Utilización de Servicios (Utilization Management, UM) es un proceso que determina si un Servicio que recomendó su proveedor tratante es Médicamente Necesario para usted. La autorización previa es un proceso de UM que determina si los servicios solicitados son Médicamente Necesarios antes de que se proporcione la atención. Si son Médicamente Necesarios, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea clínicamente adecuado según los términos de su cobertura de salud. Para obtener una lista completa de los Servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la

autorización, visite el sitio web kp.org/UM (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa. Consulte el título “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de su *EOC* para conocer los requisitos de autorización para recibir Atención de Postestabilización por parte de Proveedores que No Pertenecen al Plan.

Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Esta descripción es solo un resumen breve del procedimiento de autorización. Para obtener más información, consulte la *EOC* o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Segundas Opiniones

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

Acceso Oportuno a la Atención

Normas sobre la disponibilidad de citas

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California elaboró las siguientes normas sobre la disponibilidad de citas. Esta información puede ayudarle a saber qué esperar cuando solicite una cita.

- Cita para atención de urgencia: en un plazo de 48 horas.
- Cita para servicios de atención primaria (no urgente) de rutina (incluidas las citas de medicina interna o para adultos, pediatría y medicina familiar): en 10 días hábiles.
- Cita para atención especializada de rutina (no urgente) con un médico: en 15 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental (no urgente) de rutina o tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional médico que no sea médico: en 10 días hábiles.
- Cita de seguimiento (no urgente) para la atención de la salud mental o el tratamiento de trastornos por uso de sustancias con un profesional médico que no sea médico, para aquellos que estén siguiendo un tratamiento para una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias en curso: en 10 días hábiles.

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

Acceso oportuno a la atención por teléfono

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

Servicios de interpretación

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

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

Según las leyes estatales, debe incluirse la siguiente notificación en los documentos de formularios de revelación:

Tiene derecho a recibir servicios de salud mental/trastornos por uso de sustancias (*mental health/substance use disorder*, MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si el Plan de Salud no puede gestionarle esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y gestionar los servicios necesarios con un proveedor que no pertenezca a la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar nada más que el costo compartido habitual dentro de la red.

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

Si su plan de salud no consigue gestionarle los servicios dentro de estos plazos y dentro de las condiciones de acceso geográfico, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor autorizado, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para recibir cobertura de su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud California a través de su sitio web en <http://www.healthhelp.ca.gov> para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

Cómo se Paga a los Proveedores del Plan

El Plan de Salud y los Proveedores del Plan son contratistas independientes. Se paga a los Proveedores del Plan de varias maneras: con sueldo, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, pago por servicio y pago de incentivos. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los Médicos del Plan por brindar o gestionar la atención médica y hospitalaria para los Miembros de Kaiser Permanente, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sus Costos

Costo Compartido (deducibles, Copagos y Coseguro)

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

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

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

Si tiene preguntas sobre el Costo Compartido de Servicios específicos que espera recibir o que su proveedor ordena durante una consulta o procedimiento, visite el sitio web kp.org/memberestimates (en inglés) para utilizar nuestra herramienta de estimación de costos o llame a Servicio a los Miembros.

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular el costo de los Servicios sujetos al Deducible del Plan, llame de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY pueden llamar al **711**). Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para averiguar si tiene un Deducible del Plan.
- Para todos los demás cálculos del Costo Compartido, llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

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

Copagos y Coseguro

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

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

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

Deducible de Medicamentos

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

Deducible del Plan

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

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

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

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

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

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

Acumulaciones con relación a deducibles y gastos máximos de bolsillo

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

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

Pago de Primas

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

Responsabilidad financiera

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

Consulte “Finalización de Servicios de los Proveedores que No Pertenecen al Plan” en la sección de “Avisos Varios” para obtener más información.

Reembolso por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área y Servicios de Ambulancia de Emergencias

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

Para presentar un reclamo, debe hacer lo siguiente:

- Debe obtener un formulario de reclamo lo antes posible. Para eso puede hacer lo siguiente:
 - ♦ Llamar sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o
 - ♦ visitar el sitio web kp.org/espanol.
 - ♦ uno de nuestros representantes lo atenderá con gusto si necesita ayuda para llenar un formulario de reclamo.
- Si ya pagó los Servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo completo para obtener el reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor que No Pertenecen al Plan.
- Para solicitar que se paguen los Servicios a un Proveedor que No Pertenecen al Plan, debe enviarnos el formulario de reclamo completo e incluir las facturas del Proveedor que No Pertenecen al Plan. Si el Proveedor que No Pertenecen al Plan indica que enviará el reclamo, usted seguirá siendo responsable de asegurarse de que nosotros recibamos toda la documentación necesaria para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor que No Pertenecen al Plan por Servicios cubiertos que no sean el monto del Costo Compartido, llame a la línea telefónica sin costo de Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** para recibir ayuda.
- Debe completar y enviarnos toda información que solicitemos para procesar el reclamo, por ejemplo, formularios de reclamo, consentimiento de revelación de historias clínicas, cesiones y reclamos de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentación, como documentos de traslado o la verificación de su traslado o itinerario.

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

Cancelación de Beneficios

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

La membresía se suspenderá para usted (el Suscriptor) y sus Dependientes en los siguientes casos:

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

Para obtener más información, consulte la *EOC*.

Continuidad de la Membresía

Continuidad de la cobertura de grupo

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

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

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

Plan individual

Si desea seguir siendo Miembro del Plan de Salud una vez que finalice su cobertura de grupo, puede inscribirse en uno de los planes de Kaiser Permanente para individuos y familias. Las primas y la cobertura de nuestro plan individual son diferentes de las que se ofrecen en la cobertura de grupo.

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

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

Cómo Obtener Ayuda

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Ellos están para brindarle la ayuda que necesita y responder cualquier pregunta que pueda tener.

Servicio a los Miembros

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

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

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

Por teléfono	1-800-464-4000 (inglés y más de 150 idiomas con los servicios de interpretación) 1-800-788-0616 (español) 1-800-757-7585 (dialectos chinos) Los usuarios de TTY deben llamar al 711 , las 24 horas del día, 7 días a la semana (cerrado los días festivos).
En persona	Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para obtener las direcciones, consulte <i>Su Guía</i> o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).
Por escrito	Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (para obtener las direcciones, consulte <i>Su Guía</i> o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).
Sitio web	kp.org/espanol

Resolución de Disputas y Arbitraje Vinculante

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden ayudarle con los problemas no resueltos en nuestros Centros de Atención del Plan o por teléfono llamando al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Además, pueden ayudarle a presentar una queja formal en forma verbal o por escrito. Tenga en cuenta que también puede presentar una queja formal por vía electrónica en kp.org/espanol. Las quejas formales deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del incidente.

Puede solicitar una revisión médica independiente si considera que hemos denegado, cambiado o demorado incorrectamente Servicios o el pago de Servicios y que (1) nuestra denegación se basó en un hallazgo de que los Servicios no eran Médicamente Necesarios o (2), en el caso de condiciones médicas potencialmente mortales o gravemente debilitantes, que el tratamiento solicitado se denegó por considerárselo experimental o en fase de investigación. Además, en caso de que presente una queja formal y luego necesite ayuda al respecto porque su queja formal es una emergencia, no le satisface su resolución o no se resolvió al cabo de 30 días, puede pedir ayuda al Departamento de Atención Administrada de la Salud de California llamando a la línea sin costo

1-888-466-2219 y a una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con trastornos auditivos o del habla.

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

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

Disposiciones para la Renovación

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

Principales Exclusiones, Limitaciones y Reducciones de Beneficios

Exclusiones

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

- Atención que se brinda en un centro de atención residencial, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Atención que se brinda en un centro de cuidados intermedios, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Servicios de quiropráctica, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Servicios cosméticos, excepto por los Servicios cubiertos en “Cirugía Reconstructiva” y “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la *EOC*.
- Atención de custodia, excepto por cuidados paliativos cubiertos.
- Servicios y radiografías dentales y de ortodoncia, excepto por los Servicios cubiertos en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la *EOC*.
- Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasas, cinta, productos antisépticos, apósitos, vendas elásticas, pañales, protectores de colchones y otros suministros para la incontinencia.

- Servicios experimentales o en fase de investigación, excepto según se requiera por ley para ciertos ensayos clínicos. Puede solicitar una revisión médica independiente si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle tratamiento porque sea experimental o esté en fase de investigación (consulte la *EOC* para obtener más información sobre la revisión médica independiente y otras opciones para la resolución de disputas).
- Audífonos, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Artículos y servicios que no sean para la atención médica, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo (por ejemplo, cirugía de los ojos o lentes de contacto para corregir la forma del ojo).
- Terapia de masajes, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos alimenticios o herbales, leche maternizada, alimentos, productos para la pérdida de peso, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Exámenes físicos relacionados con empleos, seguros, otorgamiento de licencias, órdenes judiciales, libertad condicional o periodo de prueba, a menos que un Médico del Plan determine que los Servicios sean Médicamente Necesarios.
- Servicios de rutina para el cuidado de los pies que no sean Médicamente Necesarios.
- Servicios sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que, por ley, deban contar con dicha aprobación para su venta en EE. UU., excepto por ciertos Servicios experimentales o en fase de investigación y según se exija por ley para ciertos ensayos clínicos.
- Servicios brindados por personas sin licencia.
- Servicios relacionados con la concepción, el embarazo o el parto vinculados con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, con excepción de Servicios que se cubran de otra manera y se presten a un Miembro de Kaiser Permanente que sea la gestante subrogada.
- Servicios relacionados con un Servicio no cubierto, excepto los Servicios que se cubrirían de otra manera para tratar complicaciones del Servicio no cubierto.
- Gastos de traslados y alojamiento, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Tratamiento para la caída o el crecimiento del cabello.

Limitaciones

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

Reducciones

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

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

Cómo Convertirse en Miembro de Kaiser Permanente

Deseamos darle la bienvenida como miembro de Kaiser Permanente.

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

Puede empezar a usar nuestros Servicios a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Nuevamente, si tiene preguntas sobre Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o puede consultar la *EOC* para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

Personas que tienen prohibido inscribirse

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

Avisos Varios

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Nuevo Miembro de Kaiser Permanente

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

Proveedor cancelado

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

Elegibilidad

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

- Afecciones agudas, es decir, condiciones médicas en las que los síntomas aparecen repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieran atención médica sin demora y que tengan una duración limitada. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que la condición aguda desaparezca.
- Condiciones Crónicas Graves. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado o (3) el primer día después de completar un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente, tras consultarle al Miembro de Kaiser Permanente y al Proveedor que No Pertenecen al Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves para las cuales una de las siguientes afirmaciones es verdadera:
 - ♦ persisten y nunca se curan totalmente;

- ◆ empeoran con el tiempo;
- ◆ requieren de tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren.
- Embarazo y atención inmediata posparto. Es posible que cubramos estos Servicios durante el embarazo y la atención inmediata posparto.
- Condiciones de salud mental que puedan influir en las Miembros embarazadas de Kaiser Permanente o que se presenten durante el embarazo o el periodo de posparto incluida, entre otras, la depresión posparto. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios hasta 12 meses desde la fecha en que se emitió el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, la fecha que sea posterior.
- Enfermedades terminales, es decir, enfermedades incurables o irreversibles con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios durante la enfermedad.
- Atención de niños menores de 3 años de edad. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía del niño, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño.
- Cirugía u otro procedimiento que se documente como parte de un ciclo de tratamiento y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se realice en un plazo de 180 días de la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado.

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

- Su cobertura del Plan de Salud está vigente en la fecha en la que recibe los Servicios.
- En el caso de Miembros nuevos de Kaiser Permanente, 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 antes mencionados de parte de un Proveedor que No Pertenece al Plan en la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o de un Proveedor cancelado del Plan en la fecha de finalización del contrato de este.
- 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 elegir otro plan (incluida alguna opción que no pertenezca a la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor que No Pertenece al Plan.
- El proveedor acepta por escrito nuestros términos y condiciones de contrato, tales como las condiciones relacionadas con el pago y la prestación de Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente no corresponde si estuviera recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio de Kaiser Permanente al momento de terminarse el contrato del proveedor).
- Los Servicios que se le prestarán serán Servicios cubiertos conforme a la EOC si los brindase un Proveedor del Plan.
- Usted solicita el cumplimiento 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 membresía, si es un nuevo Miembro de Kaiser Permanente o de la fecha en que finalice el contrato del Proveedor del Plan.

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

Lista de medicamentos disponibles

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

Las pautas de la lista de medicamentos disponibles le permiten obtener medicamentos recetados que no estén incluidos en la lista (aquellos que no se encuentran incluidos en la lista de medicamentos recetados disponibles para su condición médica) si, en otras circunstancias, su plan los cubriría y si fuesen Medicamento Necesarios. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan con respecto a que no se cubra un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles, puede presentar una queja formal según se explica en la EOC.

Consulte en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* si en su cobertura se incluyen los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Normas de privacidad

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

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

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

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

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

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. **NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**, QUE PROPORCIONA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE FACILITARÁ SI LO SOLICITA. Para solicitar una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000**. También puede encontrar el aviso en el centro de atención del plan de su comunidad o en el sitio web kp.org/espanol.

Nota especial sobre Medicare

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

Definiciones

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

Asignación: Un monto específico que se le acredita a usted para comprar un artículo. Si el precio de los artículos que selecciona excede la Asignación, usted deberá pagar la diferencia (y este pago no se aplicará a su deducible, si lo hubiera, ni al gasto máximo de bolsillo).

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

- un Médico del Plan receta el tratamiento o un Proveedor del Plan que es psicólogo lo desarrolla;
- el tratamiento es administrado por un Proveedor del Plan que es un proveedor calificado de servicios para tratar el trastorno del espectro autista, un profesional calificado de servicios para tratar el trastorno del espectro autista o un paraprofesional calificado de servicios para tratar el trastorno del espectro autista, según se define en la sección 1374.73(c) del Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code).

Cargos: “Cargos” significa lo siguiente:

- En el caso de Servicios que preste el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los Miembros de Kaiser Permanente.
- En el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos en el programa de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administre y posea, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro de Kaiser Permanente por un artículo que se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de prestar los Servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los Miembros y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).

- En el caso de los Servicios de ambulancia aérea recibidos de Proveedores que No Pertenecen al Plan cuando usted tenga una Condición Médica de Emergencia, la cantidad que debe pagar el Plan de Salud de acuerdo con la ley federal.
- Para otros Servicios de Emergencia recibidos de Proveedores que No Pertenecen al Plan (incluida la Atención de Postestabilización que constituye Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal.
- Para todos los demás Servicios recibidos de Proveedores que No Pertenecen al Plan (incluidos los Servicios de Atención de Postestabilización que no son Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto (1) que se debe pagar de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal, o (2) en el caso de que no se aplique ninguna ley estatal o federal que prohíba la facturación del saldo, entonces el monto acordado por el Proveedor que No Perteneció al Plan y el Plan de Salud, o en ausencia de dicho acuerdo, la tarifa habitual, acostumbrada y razonable para esos servicios según lo determine el Plan de Salud con base en criterios objetivos.
- En el caso de cualquier otro Servicio, los pagos que realice Kaiser Permanente por los Servicios o, si Kaiser Permanente resta su Costo Compartido del pago, la cantidad que Kaiser Permanente habría pagado si no hubiera restado el Costo Compartido.

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

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

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

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

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

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

- poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño no nacido);
- provocar deficiencia grave de las funciones del organismo;
- la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Un trastorno de salud mental es una Condición Médica de Emergencia cuando cumple con los requisitos indicados en el párrafo anterior o cuando la condición médica se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad que se cumplen cualquiera de las siguientes situaciones:

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

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

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

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

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una corporación sin fines de lucro de California. El Plan de Salud es un plan de servicios de atención médica con licencia del Departamento de Atención Administrada de la Salud para ofrecer cobertura de salud. En este *Formulario de Revelación*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a”.

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

El Plan de Salud no incluye asesoramiento impositivo. Solicite a su asesor financiero o de impuestos consejos o más información sobre su elegibilidad para una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos.

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

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

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

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

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

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

- Debe brindarse de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de atención de trastornos de salud mental y por uso de sustancias.

- Debe ser clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración.
- No debe brindarse principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores, ni para conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Los demás Servicios se consideran Médicamente Necesarios si, desde la perspectiva médica, son adecuados y necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o síntomas clínicos según las normas profesionales de atención generalmente aceptadas que concuerden con las normas de atención de la comunidad médica.

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

Miembro: Persona que puede reunir los requisitos para inscribirse en Kaiser Permanente, está inscrita y para quien hemos recibido las Primas que correspondan. En este *Formulario de Revelación*, a veces se hace referencia a los Miembros de Kaiser Permanente como “usted”.

Consultas con Especialistas No Médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros con práctica médica, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

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

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

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

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

Centro de Atención del Plan: Cualquier centro de atención incluido en la lista adjunta de centros de atención o en el sitio web kp.org/ubicaciones del Área de Servicio de su Región Base. Los Centros de Atención del Plan incluyen los Hospitales y los Consultorios Médicos del Plan y otros centros de atención designados en el directorio. La información de este directorio en línea se actualiza periódicamente. Es posible que cambie la disponibilidad de Centros de Atención del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros, al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Hospital del Plan: Cualquier hospital incluido en la lista adjunta de centros de atención o en el sitio web kp.org/ubicaciones del Área de Servicio de su Región Base. En el directorio, algunos Hospitales del Plan se mencionan como Centros Médicos de Kaiser Permanente. La información de este directorio en línea se actualiza periódicamente. Es posible que cambie la disponibilidad de Hospitales del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros, al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Consultorio médico del Plan: Cualquier consultorio médico incluido en la lista adjunta de centros de atención o en el sitio web kp.org/ubicaciones del Área de Servicio de su Región Base. En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. La información de este directorio en línea se actualiza periódicamente. Es posible que cambie la disponibilidad de los Centros Médicos del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros, al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

Farmacia del Plan: Una farmacia que es propiedad y está administrada por Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos. Consulte las ubicaciones de las Farmacias del Plan en su área en el directorio disponible en el sitio web kp.org/ubicaciones para el Área de Servicio de su Región Base. La información de este directorio en línea se actualiza periódicamente. Es posible que cambie la disponibilidad de las Farmacias del Plan. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros, al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

Proveedor del Plan: Hospital del Plan, Médico del Plan, Grupo Médico, Farmacia del Plan o cualquier otro proveedor de atención médica que se designe en el Plan de Salud como Proveedor del Plan en el Área de Servicio de su Región Base.

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

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

Región: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las regiones pueden cambiar el 1 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para ver la lista actualizada de las Regiones, visite el sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Área de Servicio: El Plan de Salud tiene dos Regiones en California. Cuando se convierte en Miembro, se inscribe en una de dos Regiones (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su Región Base. En este Formulario de Revelación, se describe el Área de Servicio de cada Región de California:

Área de Servicio de la Región Norte de California

Los siguientes códigos postales para cada condado están en nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California:

- Todos los códigos postales del condado de Alameda están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377, 95391.
- Los siguientes códigos postales del Condado de Amador están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95640, 95669.
- Todos los códigos postales del condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820, 94850.
- Los siguientes códigos postales del condado de El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762.

- Los siguientes códigos postales del condado de Fresno están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888.
- Los siguientes códigos postales del condado de Kings están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
- Los siguientes códigos postales del condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720.
- Todos los códigos postales del condado de Marin están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79.
- Los siguientes códigos postales del condado de Mariposa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93601, 93623, 93653.
- Todos los códigos postales del condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599, 95476.
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765.
- Todos los códigos postales del condado de Sacramento están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244-45, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894, 95899.
- Todos los códigos postales del condado de San Francisco están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177, 94188.
- Todos los códigos postales del condado de San Joaquin están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94514, 95201-15, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690.
- Todos los códigos postales del condado de San Mateo están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04, 94497.
- Los siguientes códigos postales del Condado de San Clara están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196.
- Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073, 95076-77.
- Todos los códigos postales del condado de Solano están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694, 95696.
- Los siguientes códigos postales del condado de Sonoma están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492.

- Todos los códigos postales del condado de Stanislaus están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87, 95397.
- Los siguientes códigos postales del condado de Sutter están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836-7.
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673.
- Los siguientes códigos postales del condado de Yolo están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99.
- Los siguientes códigos postales del condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95692, 95903, 95961.

Área de Servicio de la Región Sur de California

Los siguientes códigos postales para cada condado están en nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California:

- Los siguientes códigos postales del condado de Imperial están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 92274-75.
- Los siguientes códigos postales del condado de Kern están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61, 93581.
- Los siguientes códigos postales del condado de Los Angeles están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 90001-84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90099, 90134, 90140, 90189, 90201-02, 90205, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-33, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-28, 91330-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91495-96, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91526, 91601-10, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91, 93599.
- Los siguientes códigos postales del condado de Orange están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711-12, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92850, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87, 92899.
- Los siguientes códigos postales del condado de Riverside están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83.
- Los siguientes códigos postales del condado de San Bernardino están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.

- Los siguientes códigos postales del condado de San Diego están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93, 92195-99.
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 93238, 93261.
- Los siguientes códigos postales del condado de Ventura están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099, 93252.

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

Nota: Podemos ampliar nuestra Área de Servicio de su Región Base en cualquier momento y notificaremos el cambio por escrito a su grupo. Los códigos postales están sujetos a cambios realizados por el Servicio Postal de EE. UU.

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

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

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

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

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

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

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周7天，每天24小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnub twg, 7 hnub tuaj ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Japanese: 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休でご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは別の形式による資料もご要望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご要望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬ ទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavg qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jíik'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kódi bízikíníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áádawo'íí, 7 t'áádawo'íígo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bílk'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

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

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en kp.org o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org.

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

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

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

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

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

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 queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

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

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>