

Avisos anuales para 2024

Esta guía contiene información importante y avisos que debemos proporcionar a todos los suscriptores.



Obtenga más información en kp.org/espanol.

 KAISER PERMANENTE®



Índice

Política de derechos y responsabilidades de los miembros 2 a 4

Aviso sobre las prácticas de privacidad 5

Cómo obtener atención médica

Atención médica primaria 5 a 6

Atención especializada 6

Salud mental 6

Hospitalización programada 6

Opciones de atención fuera del horario normal 6 a 7

Servicios de farmacia 7 a 8

Avisos sobre la atención médica

Servicios de administración de atención	9
Gestión de utilización.....	9 a 10
Acceso para discapacitados	10
Instrucciones anticipadas	10
Hogar médico centrado en el paciente.....	11

Otra información importante

Nuevas tecnologías	12
Información sobre bioética.....	12
Medición de la calidad de la atención y el servicio	12
Quejas informales y apelaciones	12 a 14
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998	14
¿Quién paga primero cuando tiene cobertura adicional?	14
Servicio de Interpretación.....	15
Facturación sorpresa: conozca sus derechos.....	15 a 16

Recursos importantes

Servicio a los Miembros.....	17
Centro de Llamadas de Asuntos Clínicos.....	17
Publicaciones y anuncios.....	17

Aviso de no discriminación.....	18
--	-----------

Ayuda en su idioma	19
---------------------------------	-----------

Política de derechos y responsabilidades de los miembros

Somos aliados en su atención médica. Su participación en las decisiones sobre su atención médica y su disposición para comunicarse con su médico y otros profesionales de la salud nos ayudan a brindarle una atención médica adecuada y eficaz. Queremos asegurarnos de que reciba la información que necesita para tomar decisiones sobre su atención médica. También queremos asegurarnos de que se respeten sus derechos a la privacidad y a recibir una atención considerada y respetuosa.

Como miembro de Kaiser Permanente, tiene derecho a recibir información sobre sus derechos y responsabilidades, y de hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros. También puede consultar esta información en kp.org/memberrights-co (cambie el idioma a español).



Usted* tiene derecho a:

- **Participar en su atención médica.** Esto incluye el derecho a recibir la información que necesita para aceptar o rechazar un tratamiento recomendado. Ocasionalmente, las emergencias u otras circunstancias podrían limitar su participación en la toma de decisiones respecto a un tratamiento. En general, no recibirá tratamiento médico si usted o su representante legal no dan su consentimiento. Tiene derecho a que se le informe y a decidir si desea participar en cualquier atención o tratamiento que se considere investigación educativa o experimentación con humanos.
- **Expresar su voluntad con respecto a sus cuidados futuros.** Tiene derecho a elegir a una persona para que tome decisiones médicas por usted y exprese sus preferencias sobre su atención futura, si no puede hacerlo usted mismo. Estas preferencias pueden expresarse en documentos, como un poder notarial para la atención médica, un testamento vital o instrucciones de RCP. Informe a su familia y a su médico sus deseos, y deles copias de los documentos que describen sus deseos respecto a la atención futura.
- **Recibir la información médica que necesita para participar en su atención médica.** Esta información incluye el diagnóstico, si existe, de una queja de salud, el tratamiento recomendado, los tratamientos alternativos, y los riesgos y beneficios del tratamiento recomendado. Haremos que esta información sea lo más clara posible para ayudarlo a entenderla. Tiene derecho a un intérprete, si lo necesita. También tiene derecho a revisar y recibir copias de su historia clínica, a menos que las leyes restrinjan nuestra capacidad de ponerlos a su disposición. Tiene derecho a participar en la toma de decisiones que impliquen asuntos éticos que puedan surgir cuando le proporcionen atención.

*Usted o su tutor legal, el pariente más cercano o una persona responsable legalmente autorizada.

- **Recibir información sobre los resultados de la atención que recibió** incluidos los resultados imprevistos. Cuando corresponda, los miembros de la familia u otras personas que usted haya designado recibirán dicha información.
- **Recibir información sobre Kaiser Permanente como organización, sus profesionales médicos, sus proveedores, sus servicios y las personas que le proporcionan atención médica.** Tiene derecho a conocer el nombre y el nivel profesional de las personas que le proporcionan servicio o tratamiento.
- **Recibir una atención respetuosa y considerada.** Respetamos sus preferencias personales y sus valores.
- **Reciba atención sin restricciones ni aislamiento.** No aplicaremos ningún tipo de restricción o aislamiento como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- **Discuta abiertamente las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones.** Usted tiene derecho a discutir sobre esto, sin importar el costo o la cobertura de los beneficios.
- **Tener acceso imparcial al tratamiento.** Tiene derecho a recibir todo tratamiento indicado por el médico que sea un beneficio cubierto, independientemente de su raza, religión, sexo, orientación sexual, país de origen, antecedentes culturales, incapacidad o situación económica.
- **Recibir garantías de privacidad y confidencialidad.** Tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad. Respetaremos su necesidad de privacidad y nos esforzaremos por no entregar su información médica sin su autorización, excepto cuando lo exija o permita la ley.
- **Disponer de un entorno seguro, confiable, limpio y accesible.**



- **Elegir a su médico.** Tiene derecho a elegir y cambiar de médico dentro del Kaiser Permanente Health Plan. Tiene derecho a obtener una segunda opinión por parte de un médico de Kaiser Permanente. Tiene el derecho de consultar a un médico que no sea de Kaiser Permanente, cuyo cargo corre por su cuenta.
- **Conocer y utilizar los recursos de satisfacción de los miembros.** Tiene derecho a conocer recursos como asistencia al paciente, servicio al cliente, y comités de quejas formales y apelaciones, que pueden ayudarle a responder preguntas y resolver problemas. Tiene derecho a presentar quejas y apelaciones sin preocuparse de que su atención se vea afectada. El folleto de beneficios de la membresía (*Evidencia de Cobertura* o Acuerdo de Membresía) describe los procedimientos para presentar quejas informales. Agradecemos sus sugerencias y preguntas sobre Kaiser Permanente, nuestros servicios, nuestros profesionales de la salud, y sus derechos y responsabilidades.
- **Revisar, modificar y corregir su historia clínica según sea necesario.** Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por motivos de edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, idioma, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, o información genética para la admisión, el tratamiento o la participación en sus programas, servicios y actividades.

- **Para hablar con un representante sobre nuestras políticas y procedimientos, incluidos los beneficios y la cobertura, comuníquese con Servicio a los Miembros.** Los miembros del Plan Senior Advantage Medicare pueden comunicarse con Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente llamando al **1-800-476-2167 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Usted* es responsable de lo siguiente:

- **Conocer el alcance y las limitaciones de sus beneficios de atención médica.** En su *Evidencia de Cobertura* o Acuerdo de Membresía podrá encontrar una explicación de los beneficios.
- **Identificarse.** Es responsable de su tarjeta de membresía, de usarla solo cuando sea adecuado y de asegurarse de que otras personas no la usen. El mal uso de las tarjetas de membresía puede constituir un motivo para cancelar la membresía.
- **Asistir a las citas.** Es responsable de cancelar las citas de inmediato en caso de que no pueda o no necesite acudir a ellas.
- **Brindar información precisa y completa.** Es responsable de proporcionar información exacta sobre sus condiciones médicas actuales y anteriores, en la medida de sus conocimientos. Debe informar a su médico los cambios inesperados en su condición.
- **Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento mutuamente acordados** en la mayor medida posible.
- **Seguir el plan de tratamiento en el que usted y su profesional de atención médica estén de acuerdo.** Debe informarle a su médico si no entiende bien su plan de tratamiento o lo que se espera de usted. Si considera que no va a poder cumplir el plan de tratamiento, es responsable de informárselo a su médico.

- **Reconocer el efecto que tiene su estilo de vida en su salud.** Su salud no solo depende de la atención que le proporciona Kaiser Permanente, sino también de las decisiones que usted toma cotidianamente, como fumar o ignorar las recomendaciones médicas.
- **Ser considerado con los demás.** Debe ser considerado con los profesionales de la salud y con los demás pacientes. Una conducta perjudicial, indisciplinada o abusiva puede constituir un motivo para cancelar la membresía. También debe respetar las pertenencias de otras personas y de Kaiser Permanente.
- **Cumplir con las obligaciones financieras.** Es responsable de pagar a tiempo cualquier monto que le deba a Kaiser Permanente. La falta de pago de los montos adeudados puede ser causa de cancelación de la membresía. Si es miembro del Plan de Salud Infantil Plus (Child Health Plan Plus, CHP+), consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener la lista completa de los derechos y las responsabilidades.



*Usted o su tutor legal, el pariente más cercano o una persona responsable legalmente autorizada.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad regional describe cómo se puede usar y revelar la información médica sobre usted, y cómo puede acceder a ella. También describe nuestra responsabilidad de notificarle si hay un incumplimiento respecto a su información médica protegida. Queremos recordarle acerca de este aviso y cómo puede obtener una copia si lo desea. Este aviso forma parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La información médica protegida es una parte importante de las normas de la HIPAA. Debido a las modificaciones que se hicieron a la HIPAA, el Aviso sobre prácticas de privacidad tuvo cambios importantes en 2013. Puede consultar una copia en línea, en kp.org/privacy (cambie el idioma a español), o solicitar una copia impresa llamando a Servicio a los Miembros.

Cómo obtener atención

Servicios de atención primaria

En Kaiser Permanente, sabemos lo importante que es encontrar un médico que se adapte a sus necesidades específicas. Aunque no necesite ver a su médico de inmediato, tener un médico con el que se entienda es una parte importante del cuidado de su salud.

Nuestros consultorios médicos de Kaiser Permanente ofrecen atención médica primaria, servicios de especialidad, laboratorio, diagnóstico médico por imágenes, farmacia y otros servicios, todo esto bajo un mismo techo para brindar acceso conveniente a un amplio rango de servicios de salud.

Para obtener la lista más reciente de proveedores en su área, visite kp.org/locations (cambie el idioma a español).



Elija el médico adecuado

Para encontrar un médico personal (también llamado “médico de atención primaria”) que se adapte a sus necesidades, puede consultar los perfiles en línea de nuestros médicos y el directorio de proveedores en línea. Para los médicos de Kaiser Permanente, verá información adicional relacionada con su educación, credenciales, especialidades y áreas de interés y también se indica si están aceptando pacientes nuevos. Puede elegir un médico personal de cualquiera de las siguientes especialidades:

- Medicina para adultos o Medicina interna
- Medicina Familiar
- Obstetricia y ginecología
- Pediatría o medicina para adolescentes (para niños de hasta 18 años)

Cada miembro de la familia con cobertura puede elegir su propio médico personal. En el caso de que el médico de su preferencia no esté aceptando pacientes nuevos, puede llamarnos para obtener ayuda.



Cambie de médico en cualquier momento

Puede elegir y cambiar de médico en cualquier momento, por cualquier motivo, desde el sitio web kp.org/locations (cambie el idioma a español), o puede llamarnos para obtener ayuda al número que aparece a continuación.



Elija por teléfono

Llámenos al **303-338-4545** o al **1-800-218-1059** (TTY 711).



Elija en línea

Visite kp.org/locations (cambie el idioma a español) para encontrar un médico que se ajuste a sus necesidades.

Una vez que haya elegido a su proveedor, llame al Centro de Llamadas de Asuntos Clínicos para programar su primera cita al **303-338-4545** o al **1-800-218-1059** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.

Si eligió a un proveedor de la red, comuníquese de forma directa para programar su primera cita.

Atención especializada

Además de la atención médica primaria, contamos con muchas especialidades en nuestros propios consultorios médicos de Kaiser Permanente. En la mayoría de los casos, podrá programar una consulta con un especialista o con un especialista de la red de Kaiser Permanente sin una referencia. Para los servicios adicionales, como la cirugía ambulatoria o la hospitalización, necesitará una referencia para su médico de especialidad y la autorización de Kaiser Permanente. Para ver a un especialista en un consultorio médico de Kaiser Permanente, llame al Centro de Llamadas de Asuntos Clínicos.

Cuando ve a un especialista de Kaiser Permanente, su médico de atención primaria y sus equipos de atención especializada se conectan entre sí y con usted por medio de su historia clínica electrónica. Comparten información y trabajan juntos como un equipo para que usted esté y se mantenga saludable.

Es posible que algunos especialistas requieran una evaluación clínica o información adicional antes de verlo, por lo que su médico de atención primaria puede ayudarle a coordinar esto. Si necesita ayuda para obtener información sobre la atención especializada, hable con su médico de atención primaria o llame al Centro de Llamadas de Asuntos Clínicos.

Salud mental

Obtenga atención para la depresión, el consumo de sustancias, los trastornos alimentarios, la evaluación y el control de medicamentos, entre otros. Programe citas en kp.org/appointments (cambie el idioma a español) o llame al **303-471-7700** (TTY **711**) o a la línea telefónica gratuita al **1-866-359-8299** (TTY **711**). En el sur de Colorado, llame al **1-866-702-9026** (TTY **1-866-835-2755**).

Hospitalización programada

La hospitalización de los pacientes internos está cubierta cuando la indica un médico y la autoriza Kaiser Permanente. Para obtener una lista de los hospitales que brindan atención de emergencia o lugar para pacientes hospitalizados, consulte kp.org/locations (cambie el idioma a español).

Opciones de atención después del horario normal

Ofrecemos muchas formas de obtener la atención que necesita, incluso después del horario normal.



Atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Asistencia rápida y personalizada las 24 horas del día sin necesidad de una cita previa. En los EE. UU., reciba atención 24 horas al día, 7 días a la semana, por teléfono o por video, de un profesional clínico de salud de Kaiser Permanente en todo Estados Unidos.^{1,2}



Conversación en Línea

Converse en directo en línea con un profesional clínico de salud para obtener respuestas a preguntas médicas de rutina o urgentes.² Disponible los 7 días de la semana en kp.org/espanol.



Consulta por teléfono o video

Programe tiempo para hablar con un profesional clínico de salud por teléfono o video.^{1,3} En la mayoría de los planes lo puede hacer sin costo.²

1. Cuando corresponda y esté disponible. Si viaja fuera del estado, es posible que las consultas por teléfono o por video no estén disponibles en ciertos estados debido a leyes relacionadas con las licencias médicas. Las leyes varían según el estado. 2. El chat en línea con un clínico o especialista en salud mental, así como los servicios de video y telefónicos, se ofrecen sin coste adicional para la mayoría de los planes de salud. Con algunos planes de la PPO (Preferred Provider Organization, organización de proveedores preferidos) o planes de salud con deducibles altos, se debe pagar un copago, coseguro o deducible antes de que estos servicios se proporcionen sin costo adicional.



Consejos de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Hable con un enfermero diplomado en cualquier momento, de día o de noche. Llame al **303-338-4545** o al **1-800-218-1059** (TTY 711).



Correo electrónico

Envíe un mensaje al consultorio de su médico de Kaiser Permanente con preguntas de salud no urgentes y obtenga una respuesta por lo general dentro de 3 días hábiles.³



Consulta electrónica

Responda algunas preguntas en kp.org/espanol o en nuestra aplicación para obtener consejos de autocuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En algunos casos, un profesional clínico de salud de Kaiser Permanente se comunicará con usted con un plan de atención, por lo general, en un plazo de 4 horas.



Atención de Urgencia

Para enfermedades o lesiones que requieran atención inmediata, pero que no son emergencias médicas o psiquiátricas. Estas pueden incluir dolor abdominal, asma, tos, fiebre, dolor de garganta, dolor de oído, dolor de cabeza, migrañas, laceraciones leves, torceduras de tobillo y otras afecciones urgentes. Si necesita atención médica de urgencia, llámenos para recibir consejos. Le podemos ayudar a determinar el tipo de atención más adecuada para su afección o sus síntomas, o programar una cita, en caso de ser necesario. Para obtener asesoramiento o programar una cita, llame al **303-338-4545** o al **1-800-218-1059** (TTY 711).



Atención domiciliaria de urgencia

DispatchHealth lleva atención médica de calidad superior a su hogar. Disponible para los miembros de Denver/Boulder, los 7 días de la semana, de 7 a. m. a 10 p. m., **720-588-9686** (TTY 711).



Atención de Emergencia

Cuando su salud se encuentra en peligro y necesita atención inmediata. Por ejemplo, si siente que está sufriendo un ataque cardíaco, tiene dificultad para respirar, pierde la capacidad de hablar o mover un lado del cuerpo, comienza a tener dificultades para hablar, experimenta un cambio repentino de conciencia, tiene heridas o lesiones graves o tiene una emergencia psiquiátrica. Si cree que tiene una afección médica de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana, si el tiempo y la seguridad lo permiten. Su atención se cubrirá. Para ver la definición completa de una condición médica de emergencia, consulte en su *Evidencia de Cobertura* o en el Acuerdo de Membresía en **kp.org/eoc** (cambie el idioma a español).

Servicios de farmacia

La mayoría de los centros de atención médicos de Kaiser Permanente tienen su propia farmacia interna. Si tiene un beneficio de medicamentos recetados, puede surtir su receta médica en cualquier farmacia de Kaiser Permanente o a través de nuestro servicio de surtido por pedido por correo. Las farmacias de Kaiser Permanente también tienen medicamentos populares sin receta a la venta a precios competitivos.

Farmacia de envío por correo postal⁴

1-866-523-6059 (TTY 711)

kp.org/rxrefill (en inglés)

³. Estos servicios están disponibles cuando consulta a los proveedores de Kaiser Permanente. ⁴. El cambio en el proceso de resurtido de medicamentos de mantenimiento se aplica a los siguientes: todos los miembros comerciales inscritos en un Plan Kaiser Permanente Individual y Familiar (Kaiser Permanente Individual and Family, KPIF), Grupo pequeño o Grupo grande HMO (Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud), Plan HMO con deducible (DHMO) o un HDHP (High Deductible Health Plan, plan de salud con deducible alto), y el nivel 1 de un Plan de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS). NOTA: Este cambio NO aplica a los planes de Medicare Parte D, PPO, de intercambio privado o autofinanciados.

Asegúrese de que su receta médica esté cubierta

Antes de obtener un medicamento recetado, usted y su médico pueden consultar en línea, en kp.org/formulary (cambie el idioma a español), para ver si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles. Esta es nuestra lista de medicamentos de marca y genéricos preferidos que los médicos y farmacéuticos de Kaiser Permanente han determinado que son los tratamientos más seguros, adecuados y asequibles. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos recetados disponibles, su médico puede encontrar un equivalente llamando al Centro de Atención Telefónica de Farmacias Clínicas al **303-338-4503** o al **1-866-244-4119 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Juntos pueden elegir el medicamento adecuado para usted.

Información importante sobre la renovación de recetas médicas de medicamentos de mantenimiento⁴

Los miembros que requieran medicamentos de mantenimiento (anticoncepción, presión arterial, diabetes, colesterol, tiroides, etc.) pueden surtir el primer pedido de un medicamento de mantenimiento en la farmacia de un consultorio médico de Kaiser Permanente o en una farmacia de la red.

Para recibir su beneficio de farmacia, las renovaciones de los medicamentos de mantenimiento deben realizarse en una farmacia del consultorio médico de Kaiser Permanente o a través del servicio de farmacia por correo de Kaiser Permanente. Los medicamentos que no son de mantenimiento para afecciones únicas o urgentes, tales como infecciones (antibióticos) o dolor, se pueden surtir de inmediato en una farmacia del consultorio médico de Kaiser Permanente o en una farmacia de la red.

Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* o el Acuerdo de Membresía. O llame a Servicio a los Miembros.



Avisos de atención médica

Servicios de administración de la atención

Este equipo de enfermeros diplomados, trabajadores sociales, farmacéuticos clínicos, dietistas registrados y especialistas comunitarios trabajan en conjunto con nuestro médico personal para ayudarle a:

- establecer y cumplir objetivos de salud que sean importantes para usted;
- comprender sus medicamentos;
- encontrar recursos y servicios útiles; y
- recibir apoyo si cambian sus necesidades de salud.

No es necesaria una remisión. Para obtener más información, llame al equipo de administración de atención al **303-614-1065** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 4 p. m.

Supervisión de la Administración de Utilización en Kaiser Permanente

Algunos servicios requieren autorización previa por parte del Programa de Administración de Utilización antes de recibirlos. Esto incluye las hospitalizaciones, las admisiones en centros de atención de enfermería especializada, algunos servicios para pacientes ambulatorios, suministros y equipos médicos, además de atención médica a domicilio. Consulte su *Evidencia de Cobertura* o Acuerdo de Membresía para obtener una lista de los servicios y la atención que requieren autorización previa.

El Programa de Administración de Utilización de Kaiser Permanente ha adoptado los siguientes principios:

- Las decisiones que tengan que ver con la supervisión de utilización de servicios se basan únicamente en la pertinencia de la atención y el servicio, y en la existencia de la cobertura.
- La organización no recompensa a los profesionales médicos ni a otras personas específicamente por negar la cobertura.
- El objetivo de los incentivos económicos para las personas que toman decisiones sobre la supervisión de utilización de servicios no es lograr que se autoricen menos servicios.
- Kaiser Permanente garantizará que todas las decisiones sobre los beneficios o la cobertura se adopten de manera que se asegure la independencia y la imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisiones.
- La organización también tiene prohibido tomar decisiones sobre la contratación, el ascenso o el despido de sus profesionales médicos u otras personas con base en la probabilidad o probabilidad percibida de que la persona respalde o tienda a respaldar la negación de los beneficios.

Los médicos y enfermeros del Departamento de Administración de Utilización están disponibles para discutir cualquier detalle, incluidos los criterios utilizados al momento de tomar una decisión de revisión. La información y los criterios médicos utilizados para determinar la cobertura o la necesidad médica son gratuitos. Los criterios están disponibles previa solicitud al Departamento de Administración de Utilización.

Si tiene preguntas sobre el proceso de supervisión de utilización de servicios o preguntas sobre las referencias, por favor llame al **1-877-895-2705** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. El personal proporcionará un intérprete por teléfono sin costo para que ayude con situaciones de supervisión de utilización de servicios a personas con inglés limitado o que no hablan inglés.

Si llama después del horario normal de atención en el área de servicio de Colorado, su mensaje se enviará a nuestro personal de supervisión de utilización de servicios y le devolverán la llamada al siguiente día hábil. El personal se identifica con su nombre, su cargo y el nombre de la organización cuando llama o devuelve la llamada en relación con los asuntos de supervisión de utilización de servicios. Cuando es necesario, se aplican los criterios de utilización de servicios, junto con las opiniones de expertos médicos, para tomar decisiones relacionadas con las autorizaciones. Para obtener una copia de los criterios de administración de la utilización, de forma gratuita, por favor llame al Departamento de Administración de Utilización al **1-877-895-2705 (TTY 711)** o visite **kp.org/quality** (cambie el idioma a español).

Acceso a la atención médica para personas con discapacidades

Nuestra política es hacer que nuestros centros de atención, servicios y programas sean accesibles para las personas con discapacidades, de acuerdo con lo que estipulan las leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por una discapacidad. Kaiser Permanente ofrece adaptaciones razonables para personas con discapacidad, que incluyen las siguientes: (1) acceso a animales de servicio y a sus usuarios, excepto cuando el animal suponga un riesgo sustancial para la salud o la seguridad; (2) herramientas y servicios auxiliares adecuados cuando sea necesario para garantizar una comunicación eficaz con las personas que tengan discapacidades auditivas, cognitivas o de comunicación, incluidos los servicios calificados de intérpretes de lenguaje de señas y material informativo en formatos alternativos (por ejemplo, letras grandes, cintas de audio o CD, mensajes de texto, discos o discos compactos de memoria [CD-ROM], y braille); y (3) salas de exámenes accesibles y equipo médico para individuos con discapacidades.

Instrucciones anticipadas

Kaiser Permanente cumple con las disposiciones de la Ley Federal de Autodeterminación del Paciente (Patient Self-Determination Act). Se informa a los pacientes sobre su derecho a aceptar o a rechazar el tratamiento, y a iniciar sus instrucciones anticipadas. Las leyes de Colorado también prevén instrucciones anticipadas, incluidas las instrucciones relacionadas con la reanimación cardiopulmonar (RCP). Los proveedores de Kaiser Permanente le informarán si no pueden implementar una instrucción por anticipado por motivos de conciencia. Esta información se proporciona por escrito o en un formato alternativo adecuado para usted. El proveedor transferirá su atención a otro proveedor de su elección que esté dispuesto a cumplir la instrucción por anticipado. Lo animamos a analizar y documentar sus opciones de atención médica ahora, independientemente de su edad, en caso de que alguna vez no pueda hablar por sí mismo. Para algunas personas, puede ser incómodo hablar de enfermedades, lesiones y la muerte. Aunque no siempre es fácil, es importante hablar sobre lo que más valora en la vida y cómo quiere que se le trate en situaciones médicas o de salud específicas.

Obtenga ayuda de Kaiser Permanente a través de la Planificación para el cuidado de la vida en **kp.org/lifecareplan** (cambie el idioma a español). Tome medidas para que se cumplan y honren sus deseos asistiendo a una clase de "Primeros pasos de la planificación para el cuidado de la vida" (Life Care Planning First Steps) en persona o de manera virtual (con el agente de atención médica que elija) y complete las instrucciones por anticipado. Llame al **1-833-893-0419 (TTY 711)** para registrarse o hablar con su proveedor para que lo remita a la conversación de la Planificación para el cuidado de la vida más adecuada para usted.

Puede encontrar información adicional sobre las instrucciones anticipadas en el sitio web del Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado **cdphe.state.co.us**.

Hogar médico centrado en el paciente en los consultorios médicos de Kaiser Permanente

En Kaiser Permanente, nuestra misión es brindar atención médica asequible y de alta calidad para mejorar la salud de nuestros miembros. Siempre hemos creído en poner a usted y a su salud primero. Nuestro objetivo es formar una alianza más fuerte y cercana con usted, una que le proporcione atención médica integral y proactiva. El hogar médico centrado en el paciente es un enfoque en equipo para abordar la atención médica que se centra en proporcionar una atención médica personalizada, integral y basada en la evidencia a pacientes que utilizan un equipo de profesionales encabezado por médicos. Creemos que mantener una relación de sanación continua con el médico personal de su elección es la mejor manera de asegurarse de lograr una salud óptima.

Su médico y su equipo de atención médica:

- Lo ayudan a planificar y manejar su salud.
- Escuchan sus inquietudes y responden sus preguntas sobre la salud.
- Coordinan su atención en diversos ámbitos, incluida la salud del comportamiento.
- Lo animan a desempeñar un papel activo en su propia atención médica.
- Le brindan educación y apoyo para el automanejo.

¡USTED es el miembro más importante de su equipo! Nuestros médicos y profesionales capacitados trabajan juntos para comprender y satisfacer sus necesidades de atención médica. Los miembros de su equipo pueden incluir: médicos certificados por la junta, asistentes médicos, enfermeros profesionales, enfermeros diplomados, farmacéuticos, enfermeros profesionales con licencia, auxiliares médicos, gerentes de atención, profesionales de la salud del comportamiento, nutricionistas titulados, trabajadores sociales y especialistas comunitarios en salud.



Otra información importante

Nuevas tecnologías

Kaiser Permanente evalúa de forma continua las tecnologías médicas nuevas, existentes y emergentes. El Comité Interregional de Nuevas Tecnologías (un grupo nacional de Kaiser Permanente) y los comités locales de nuevas tecnologías hacen recomendaciones a los profesionales clínicos de salud sobre la pertinencia médica de la tecnología. Estos evaluadores consideran si la tecnología nueva es segura y eficaz, según lo determinado por especialistas clínicos dentro y fuera de Kaiser Permanente. También consideran los beneficios de la tecnología y en qué condiciones es adecuado utilizarla. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Información bioética

Kaiser Permanente tiene un comité de ética para ayudar en el análisis de decisiones médicas y de negocios. La bioética aplica los principios de la moralidad en general a la medicina y la atención médica. El comité ofrece recomendaciones al personal y a los médicos sobre las políticas y prácticas bioéticas. No maneja casos específicos de pacientes ni quejas sobre la atención o el servicio. Para obtener información sobre el Comité de Bioética y sus actividades, llame a Servicio a los Miembros.

Medición de la calidad de la atención y el servicio

El verdadero significado de la atención de calidad es el impacto que tiene en su vida. Vea cómo Kaiser Permanente mantiene el liderazgo en cuanto a la satisfacción de los miembros, la seguridad de los hospitales y más. Para obtener más información sobre nuestro progreso de calidad o para solicitar una copia de la Descripción del Programa de Calidad, llámenos al **303-587-7056 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4 p. m., o visite **kp.org/quality** (cambie el idioma a español).

Quejas y apelaciones

Deseamos que esté satisfecho con Kaiser Permanente. Infórmenos cuando tenga inquietudes, quejas o cumplidos. La siguiente información es una descripción general; consulte la *Evidencia de Cobertura* o el Acuerdo de Membresía para obtener información completa sobre cómo presentar reclamos, apelaciones y la satisfacción del miembro.

Quejas sobre la calidad de la atención o del servicio, o el acceso a los centros de atención o a los servicios

Si tiene alguna queja acerca de la calidad de la atención o del servicio, o del acceso a los centros de atención, a los servicios o a los programas, puede presentar una queja en línea, llamar a un coordinador de asistencia para pacientes o a un representante de Servicio a los Miembros de su centro de atención local del plan, o bien, llamar a Servicio a los Miembros para hablar sobre su problema. Para presentar una queja informal en línea, visite **kp.org/memberservices** (cambie el idioma a español). Nuestros representantes le informarán sobre el proceso de resolución y se asegurarán de que las partes correspondientes revisen su queja. Kaiser Permanente tomará las medidas correspondientes para garantizar

que las personas con discapacidades reciban otras adaptaciones, si es necesario, para participar en los procesos de resolución de disputas y quejas informales. Además, Kaiser Permanente no tomará represalias contra nadie que presente una queja formal o coopere en la investigación de una queja formal de buena fe.

Visite kp.org/memberrights-co (cambie el idioma a español) para conocer sus derechos y responsabilidades como miembro, incluidos los procesos de quejas informales y apelaciones.

Reclamos

No es común que los miembros de Kaiser Permanente tengan la necesidad de presentar reclamos por procesamientos y reembolsos financieros. Cuando obtiene atención de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio de Denver y Boulder, conforme a los términos de su Plan, puede pedir a los proveedores que facturen al Departamento de Reclamos a la dirección que se indica a continuación. Si el proveedor le envía una factura, comuníquese con él y pídale que envíe la factura detallada a nuestro Departamento de Reclamos. En cualquier caso, pagaremos nuestra parte y le informaremos cuánto debe usted, si corresponde. Si el proveedor requiere el pago en el momento en que preste el servicio, le sugerimos que pague para obtener los servicios requeridos. Si paga directamente al proveedor, le reembolsaremos nuestra parte de los costos. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* o el Acuerdo de Membresía.

Para obtener un reembolso, envíe su solicitud de pago junto con todas las facturas y los recibos a:
Kaiser Permanente Claims Department
P.O. Box 373150
Denver, CO 80237-3150.

Puede obtener un formulario de reclamo en línea, en kp.org/formsandpubs (cambie



el idioma a español). Asegúrese de que su número de expediente médico de Kaiser Permanente se incluya en cualquier correspondencia por escrito que envíe al Departamento de Reclamaciones. En casos complejos relacionados con preguntas sobre viajes al extranjero, responsabilidad civil de terceros o accidentes automovilísticos o de motocicletas (por ejemplo), le sugerimos que se comuniquen con el Departamento de Reclamos al **1-800-382-4661 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., para hablar sobre las circunstancias y obtener los formularios que necesitará para el reembolso correspondiente.

Apelaciones

Si se le denegó una solicitud de reclamo o servicio, puede apelar dicha decisión por escrito. Envíe su apelación por correo postal a: Kaiser Permanente Appeals Program P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066.

Consulte el documento que recibió, en el que se deniega su reclamo o servicio, ya que describe sus derechos de apelación con detalle.

Resolución de disputas

Tenemos el firme propósito de resolver rápidamente sus inquietudes, quejas y quejas formales. Cualquier persona que crea que ha sido objeto de discriminación puede presentar una queja o queja formal conforme a este procedimiento. Las siguientes secciones describen algunas de las opciones que puede utilizar para la resolución de disputas. Consulte la *Evidencia de Cobertura* o el Acuerdo de Membresía, o comuníquese

con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones de resolución de una disputa que se aplican a usted.

Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, ya que, en tal caso, dispone de otras opciones para resolver disputas. La siguiente información está sujeta a cambios cuando se modifique su *Evidencia de Cobertura* o Acuerdo de Membresía y las versiones modificadas de *estos documentos* reemplaza a la información de esta guía.

Le enviaremos la confirmación de que recibimos su queja, queja formal o apelación, en un plazo de 5 días. Investigaremos su queja o queja formal, y le notificaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días después de la recepción de su queja verbal o por escrito. Haremos todo lo posible por resolver su problema con rapidez. La persona que presenta la queja o queja formal puede apelar la decisión inicial, y emitiremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación verbal o por escrito. En el caso de una revisión acelerada, responderemos en menos de 30 días, según se describe en esta sección. Si Servicio a los Miembros puede resolver su queja formal a su satisfacción

antes de que termine el siguiente día hábil, no enviaremos ninguna comunicación por escrito sobre su problema.

Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998

De conformidad con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, y según se determine en la consulta entre el médico adjunto y el paciente, ofrecemos la siguiente cobertura después de una mastectomía:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica (equilibrada).
- Prótesis (reemplazos artificiales).
- Servicios en caso de complicaciones físicas resultantes de la mastectomía.

¿Quién paga primero cuando tiene cobertura adicional?

Cuando tiene cobertura adicional, la manera en que coordinamos los beneficios de Kaiser Permanente con los beneficios de otra cobertura depende de su situación. Si tiene cobertura de salud adicional, por favor llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué reglas se aplican a su situación y cómo se manejará el pago.

Cómo recibir información sobre su cobertura

Si tiene preguntas sobre cómo obtener cobertura o entender su cobertura actual, por favor llame a Servicio a los Miembros.



* Esta ley no se aplica a todos los planes de salud y puede no aplicar a los proveedores fuera del estado y fuera de la red. Verifique si en su tarjeta de identificación tiene la designación "CO-DOI". Si no la tiene, es posible que esta ley no aplique a su plan de salud. Además, esta ley no aplica a los planes de Medicare.

Servicio de Interpretación

El Servicio de Interpretación está disponibles sin costo cuando se comunique con Kaiser Permanente. Indique el idioma preferido cuando se conecte con un representante. Contamos con empleados y proveedores bilingües calificados que hablan una variedad de idiomas en las diferentes ubicaciones de Kaiser Permanente. Los miembros pueden obtener intérpretes por teléfono o utilizar servicios remotos por video e intérpretes en persona durante una cita, un procedimiento o un servicio. También se proporcionan traducciones de las comunicaciones escritas. Nunca se cobra a los miembros por la asistencia lingüística. Para obtener más información sobre los recursos en su idioma, consulte Ayuda en su idioma.

Facturación sorpresa: conozca sus derechos

A partir del 1 de enero de 2020, las leyes del estado de Colorado lo protegen* de la "facturación sorpresa", también conocida como "facturación de saldos", cuando recibe servicios de emergencia cubiertos, distintos a los servicios de ambulancia, por parte de un proveedor fuera de la red en Colorado. Asimismo, la ley lo protege cuando recibe servicios cubiertos por parte de un proveedor que no pertenece a la red en un centro de atención de la red en Colorado de manera involuntaria.

¿Qué es la facturación sorpresa o de saldos y cuándo ocurre?

Es cuando usted debe pagar los montos de copago, deducibles o coseguro que exige su plan de salud. Si lo atiende un proveedor o acude a algún centro de atención que esté fuera de la red de proveedores de su plan, es posible que tenga que pagar costos adicionales relacionados con esa atención. En ocasiones, a estos proveedores se les llama "proveedores fuera de la red".

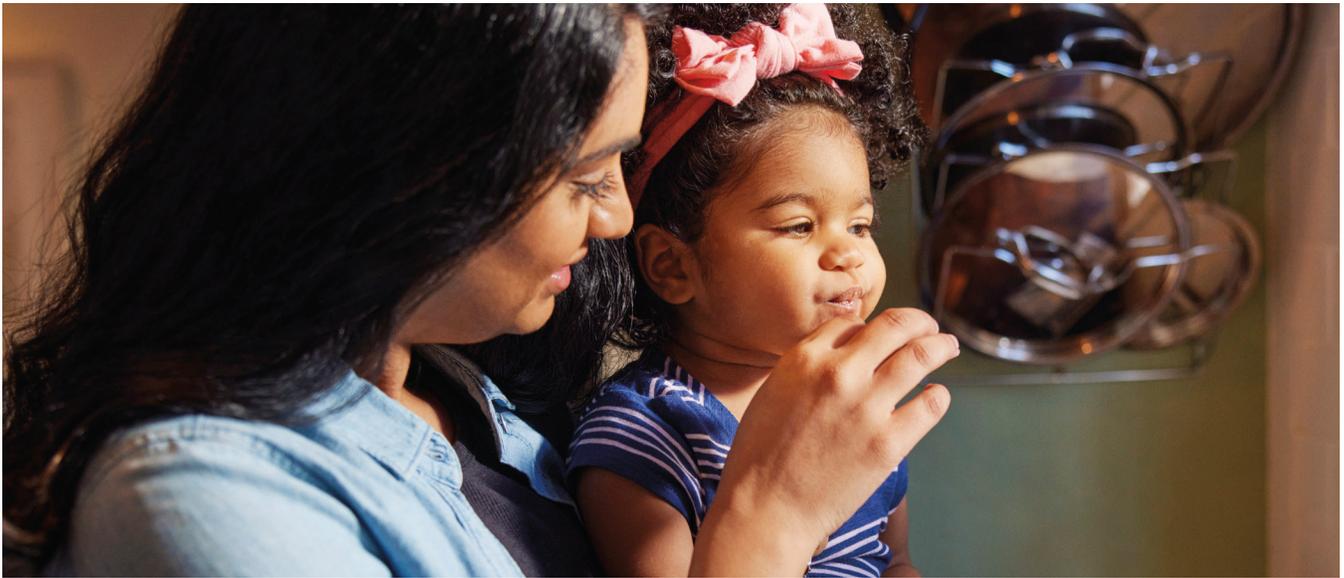
Los proveedores fuera de la red a menudo pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan de salud decide es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red factura como el cargo total. A esto se lo llama facturación "sorpresa" o de "saldos".

Ocasiones en que NO corresponde una facturación de saldos: servicios de emergencia

En la mayoría de los casos, lo máximo que pueden facturarle por servicios de emergencia son los montos de costo compartido de la red de su plan, es decir, los copagos, los deducibles o los coseguros. No pueden enviarle una facturación de saldos por otros montos. Esto corresponde al centro de emergencias y a los proveedores que consulte como parte de la atención de emergencia.

Algunos de los servicios brindados en centros de la red y centros fuera de la red

Si se encuentra en un centro de atención de la red o que no pertenece a la red en el momento de recibir servicios, que podrían incluir, entre otros, servicios de cirugía, de anestesia, de patología, de radiología, de laboratorio, de un médico de hospital o de un asistente quirúrgico, por parte de un proveedor que no pertenece a la red, lo máximo que pueden facturarle por los servicios **cubiertos** son los montos de costo compartido (copagos, deducibles o coseguros) de la red. Estos proveedores no pueden facturarle los saldos a usted.



Protecciones adicionales

- Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y los centros fuera de la red. De nuevo, usted debe pagar únicamente el costo compartido de la red que le corresponda por los servicios cubiertos.
- Su plan de salud debe contar todo monto que usted pague por los servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos arriba) para su deducible dentro de la red y para el límite de desembolso directo.
- El proveedor, hospital o centro de atención debe reembolsar los pagos en exceso en los 60 días posteriores a la notificación.
- Un proveedor, hospital o centro quirúrgico para pacientes ambulatorios no puede pedirle que limite estos derechos ni que renuncie a ellos.
- Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores de la red presten todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que tenga que recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red si no hay un proveedor de la red disponible.

Si recibe servicios por parte de un centro de atención, hospital o proveedor que no pertenezca a la red en cualquier OTRA situación, es posible que reciba una facturación de saldos o que deba pagar la totalidad de la factura.

Si usted recibe una factura por montos distintos a los de sus copagos, deducibles o coseguros, comuníquese con Kaiser Permanente al número que figura en su tarjeta de identificación o con la División de Seguros al **303-894-7490 (TTY 711)**.

Recursos importantes

Servicio a los Miembros

Si tiene preguntas sobre su plan de salud y beneficios, llame a Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.:

303-338-3800 o **1-800-632-9700** (TTY 711)

Los miembros de Senior Advantage pueden llamar al **1-800-476-2167** (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Centro de Llamadas de Asuntos Clínicos

Consejos médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana: **303-338-4545** o **1-800-218-1059** (TTY 711). Para citas, llame de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.

O inicie sesión en **kp.org/appointments** (cambie el idioma a español) para programar citas en línea. Si consulta a un proveedor afiliado a la red, llame directamente al consultorio.

Publicaciones y anuncios

La mayoría de las publicaciones o documentos importantes pueden descargarse en **kp.org/formsandpubs** (cambie el idioma a español). Además, en Kaiser Permanente lo mantendremos al día con las noticias y los anuncios por medio de los boletines electrónicos para miembros, así como con los correos, mensajes de texto y correos electrónicos adicionales. Actualice su perfil en línea en **kp.org/espanol** para recibir correos electrónicos sobre salud y bienestar.



Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple las leyes de derechos civiles Federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, como impresa en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY 711).

Si considera que Kaiser Health Plan no le ha brindado estos servicios o que ha sido discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal a: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, o por teléfono a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700** (TTY 711).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, (TTY **1-800-537-7697**). Los formularios de quejas informales están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



Ayuda en Su Idioma

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY 711).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተኛው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY 711)

Básò ò Wù dù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̀Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b́éin m̀gbo kpáa. Dá **1-800-632-9700** (TTY 711)

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY 711).

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700** (TTY 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話さる場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700**

(TTY 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로이용 하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hól'ó, koj'í' hódííłnih **1-800-632-9700** (TTY 711).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस् : तपा'ले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपा'को ननमतत भाषा सहायता सेवाह न शुल्क पमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY 711) फोन गनहोस ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700** (TTY 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY 711).

Kaiser Foundation Health Plan de Colorado
10350 E. Dakota Ave.
Denver, CO 80247

kp.org/espanol