

Información Importante Dentro



Llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente (KP) al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.



KAISER PERMANENTE®

Guía para Miembros

Lo que debe saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura y Formulario de
Revelación (“EOC/DF”) Combinados 2026

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2026

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Regiones norte y sur de California

Índice

Índice.....	3
Otros idiomas y formatos.....	12
Otros idiomas	12
Otros formatos.....	12
Servicio de interpretación	13
¡Le damos la bienvenida a Kaiser Permanente!	14
Guía para Miembros.....	14
Comuníquese con nosotros.....	15
1. Primeros pasos como miembro	16
Cómo obtener ayuda	16
Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	16
Quién puede convertirse en miembro.....	17
Transitional Medi-Cal.....	17
Tarjetas de identificación (“ID”).....	18
2. Acerca de su plan de salud.....	20
Descripción general del plan de salud.....	20
Cuándo comienza y termina su cobertura	20
Consideraciones especiales sobre la atención médica administrada para los nativos americanos.....	22
Cómo funciona su plan.....	22
Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	23
Cómo cambiar de plan de salud	23
Estudiantes que se mudan a otro condado o fuera de California	24
Continuidad de la atención de salud.....	26
Continuidad de la Atención de Salud Estándar para Nuevos Miembros	26
Continuidad de la atención de salud cuando un Proveedor abandona nuestra red de Medi-Cal	27
Condiciones para obtener la Continuidad de la Atención de Salud.....	28



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
 días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Requisitos adicionales para la Continuidad de la Atención de Salud.....	29
Costos	30
Costos para los Miembros	30
Para miembros con atención a largo plazo y un Costo Mensual para Residentes.....	31
Cómo se les paga a los proveedores	32
Si recibe una factura de un proveedor de atención médica	32
Cómo solicitarnos el reembolso de gastos	32
Cómo presentar un reclamo	33
3. Cómo obtener atención	35
Cómo obtener servicios de atención para la salud	35
Proveedor de atención médica primaria (“PCP”)	37
Elección de médicos y otros proveedores	39
Cita de Salud Inicial (“IHA”)	40
Para Miembros de Medi-Cal que son nuevos en Kaiser Permanente	40
Para Miembros de Medi-Cal con cobertura anterior de Kaiser Permanente	40
Cuidados de rutina	41
Red de Proveedores de Medi-Cal	43
Proveedores de la Red de Medi-Cal	44
Proveedores fuera de la red que se encuentran dentro del área de servicio de su Región Base	44
Proveedores Fuera del área de servicio de su Región Base	46
Proveedores Fuera de la Red para Enfermedades Elegibles para el CCS	47
Cómo funciona la atención médica administrada	48
Miembros que tienen Medicare y Medi-Cal	48
Si su cobertura de Medicare es con Kaiser Permanente	48
Si su cobertura de Medicare no es con Kaiser Permanente	49
Médicos	49
Hospitales.....	50
Directorios de Proveedores de Medi-Cal	51
Acceso oportuno a la atención	54
Servicio de interpretación	56
Tiempo de traslado o distancia para la atención médica	56



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Citas	57
Cómo llegar a su citas	58
Cómo cancelar y reprogramar citas	58
Servicios de telesalud.....	58
Pago	59
Referidos	60
Referidos de la Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California	62
Aprobación Previa (autorización previa).....	63
Autorización previa en el Norte de California.....	63
Autorización previa en el Sur de California	64
Servicios que necesitan Aprobación Previa (Autorización Previa)	65
Segundas opiniones	66
Atención delicada	67
Servicios con consentimiento del menor.....	67
Servicios de atención sensible para adultos	69
Objeción moral.....	70
Atención de urgencia.....	71
Atención de emergencia	73
Atención de Postestabilización	76
Citas y Consejos.....	77
Instrucciones anticipadas de atención médica	78
Donación de órganos y de tejidos	79
4. Beneficios y servicios	80
Qué beneficios y servicios cubre su plan de salud	80
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Kaiser Permanente	84
Servicios para pacientes ambulatorios	84
Vacunas para adultos	84
Atención de alergias	84
Servicios de un anestesiólogo	84
Servicios quiroprácticos	85
Evaluaciones de salud cognitiva	86
Servicios de Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)	86
Servicios de diálisis y hemodiálisis	87



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios	87
Servicios médicos	87
Servicios de podología (para los pies)	87
Terapias de tratamiento	88
Cuidados de maternidad y del recién nacido	88
Servicios del centro de partos	88
Parto y atención posparto	89
Servicios de doula	89
Cobertura posparto extendida	91
Servicios de salud mental materna	91
Cuidado del recién nacido	91
Servicios de salud mental	92
Evaluaciones de salud mental	92
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios para trastornos leves a moderados	92
Servicios diádicos	94
Servicios de atención de emergencia	95
Servicios de transporte de emergencia	96
Educación para la salud.	96
Cuidados paliativos y para enfermos terminales	97
Cuidados para enfermos terminales	97
Cuidados paliativos	99
Hospitalización	100
Servicios de un anestesiólogo	100
Servicios para pacientes hospitalizados	100
Secuenciación Rápida del Genoma Completo	101
Servicios quirúrgicos	101
Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)	102
Acupuntura	102
Audiología (audición)	102
Tratamientos de salud del comportamiento	103
Rehabilitación cardíaca	105



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
 días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Equipo médico duradero (“DME”)	105
Nutrición enteral y parenteral	106
Cobertura para ayudas auditivas en Condados con Whole Child Model	106
Cobertura para ayudas auditivas en los condados con California Children’s Services	107
Servicios de salud domiciliaria	108
Suministros, equipos y dispositivos médicos	109
Terapia ocupacional	110
Artículos ortopédicos/protésicos	110
Suministros para ostomía y urología	111
Fisioterapia	111
Rehabilitación pulmonar	111
Servicios en centros de enfermería especializada	111
Terapia del habla	112
Servicios para personas transgénero	112
Ensayos clínicos	112
Servicios de laboratorio y radiología	114
Servicios preventivos y para el bienestar, y control de enfermedades crónicas	114
Servicios preventivos	114
Servicios de planificación familiar	115
Manejo de enfermedades crónicas	115
Diabetes Prevention Program	116
Cirugía reconstructiva	116
Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)	117
Beneficios para la vista	117
Exámenes rutinarios de los ojos	117
Anteojos	117
Dispositivos para visión disminuida	118
Lentes de Contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico	118



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Beneficios de transporte	119
Otros beneficios y programas cubiertos por Kaiser Permanente.....	122
Servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”).....	122
Coordinación de la Atención	123
Administración de la atención básica.....	123
Administración de la Atención Compleja (“CCM”).....	124
Administración de la Atención Mejorada (“ECM”)	125
Servicios de atención transitoria	126
Community Supports	127
Trasplantes de Órganos Importantes	138
California Children’s Services (“CCS”) y el Whole Child Model Program (“WCM”)	140
Condados con los programas Whole Child Model y CCS.....	142
Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente.....	145
Dental Managed Care en los Condados de Sacramento y Los Angeles.....	145
Servicios dentales en otros condados	145
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	146
Servicios especializados de salud mental (“SMHS”)	148
Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)	149
Exenciones 1915(c) de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)	150
In-Home Supportive Services (“IHSS”)	151
Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”)	151
Servicios de laboratorio para el programa estatal de pruebas de alfafetoproteína.....	152
Cuidado de la Salud Pediátrico Diurno.....	152
Oración o sanación espiritual	152
Servicios específicos de administración de casos.....	152
Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente ni por Medi-Cal.....	153
Ciertos exámenes y servicios	153
Artículos para comodidad o conveniencia	153
Servicios estéticos	153
Suministros desechables	154



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios experimentales	154
Servicios de fertilidad	154
Tratamiento para el crecimiento o la caída del cabello	155
Artículos y servicios que no son para la atención médica	155
Masoterapia	156
Servicios de cuidado personal	156
Reversión de la esterilización	157
Artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies	157
Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos	157
Servicios brindados por personas no certificadas	157
Servicios relacionados con un servicio sin cobertura	158
Administración de los casos de intoxicación por plomo proporcionada por los departamentos de salud de los condados	158
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes	158
5. Bienestar de niños y jóvenes	159
Medi-Cal for Kids and Teens	159
Administración de la Atención Mejorada (“ECM”)	160
Exámenes médicos para el bienestar infantil y atención preventiva	162
Pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre	164
Ayuda para la obtención de los servicios de bienestar de niños y jóvenes	164
Otros servicios que los niños pueden obtener a través de Pago por Servicio (“FFS”) de Medi-Cal o de otros programas	165
Revisiones dentales	165
Servicios de referidos adicionales a educación preventiva	167
6. Cómo reportar y solucionar problemas	168
Quejas	169
Procedimiento Estándar	169
Procedimiento Urgente	170
Apelaciones	171
Procedimiento de apelaciones urgentes	173
Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación	174
Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) con el Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”)	175
Audiencias Estatales	176



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Fraude, despilfarro y abuso	179
Arbitraje Obligatorio	180
¿Cuáles son las reglas del Arbitraje Obligatorio?	180
Alcance del Arbitraje	181
Reglamento	182
Cómo Solicitar un Arbitraje	182
Dónde enviar una Petición de Arbitraje	183
Costos relacionados con el Arbitraje Obligatorio	183
Tarifa por presentación	183
Honorarios y Gastos de los Árbitros	184
Costos.....	184
Número de Árbitros.....	184
Disposiciones Generales	185
7. Derechos y responsabilidades	187
Sus derechos.....	187
Sus responsabilidades	189
Aviso de no discriminación	190
Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente	191
Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (<i>Solo para beneficiarios de Medi-Cal</i>).....	192
Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.....	193
Formas de involucrarse como miembro	193
Comité Asesor de la Comunidad de Medi-Cal	193
Aviso sobre prácticas de privacidad	194
Aviso sobre la legislación	196
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud (“OHC”) y recuperación de daños	196
Aviso sobre recuperación por medio de herencia.....	198
Notificación de Acción	198
Contenidos de los avisos	198
Traducciones	199
Aviso sobre circunstancias inusuales	199
Aviso sobre la administración de sus beneficios	199



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros	200
Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores.....	200
Aviso sobre la obligatoriedad de esta Guía para Miembros para los Miembros.....	200
Avisos sobre su cobertura	200
8. Números importantes y palabras clave	201
Números de teléfono importantes.....	201
Palabras clave	201



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener esta Guía para Miembros y otros materiales del plan sin costo en otros idiomas. Kaiser Permanente ofrece traducciones escritas de traductores calificados. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Lea esta Guía para Miembros a fin de obtener más información sobre los servicios de asistencia con el idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, impresión en letra grande de 20 puntos, en audio y en otros formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo para usted. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). La llamada es gratuita.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicio de interpretación

Brindamos servicio de interpretación oral, al igual que la lengua de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo para usted. No es necesario que recurra a un miembro de la familia o a un amigo para que actúe como intérprete. No recomendamos que menores de edad actúen como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Hay servicios de interpretación, lingüísticos y culturales disponibles sin costo. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma o recibir este manual en un idioma diferente, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). La llamada es gratuita.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

¡Le damos la bienvenida a Kaiser Permanente!

Gracias por unirse a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Kaiser Foundation Health Plan, Inc. es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. Trabajamos con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros le explica su cobertura bajo nuestro Medi-Cal Plan. Usted tiene inscripción en una de nuestras regiones de California (norte o sur de California). La región en la que tiene inscripción se conoce como Región Base. Su Región Base también está impresa en la tarjeta de identificación de su plan de salud. La información sobre la cobertura que se presenta en esta Guía para Miembros se aplica cuando usted recibe atención en su Región Base. Lea toda la guía con mucha atención. Le ayudará a comprender sus beneficios, los servicios disponibles para usted y cómo obtener la atención que necesita. También explica sus derechos y responsabilidades como miembro del Plan de Salud. Si tiene necesidades médicas especiales, asegúrese de leer todas las secciones que le correspondan.

Esta Guía para Miembros también se llama Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Evidence of Coverage and Disclosure Form, “EOC/DF”) Combinados. **La Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación constituyen solo un resumen del plan de salud. Se debe consultar el contrato del plan de salud para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.** Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

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

¡Le damos la bienvenida a Kaiser Permanente!

En esta Guía para Miembros, a veces se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como “nosotros” o “nuestro”. Al miembro a veces se le llama “usted”. Algunas palabras en mayúsculas tienen un significado especial en esta Guía para Miembros. Consulte el Capítulo 8, “Números importantes y palabras clave”, de esta Guía para Miembros para obtener los términos que debe conocer.

Para pedir una copia del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California, llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Puede pedir otra copia de la Guía para Miembros sin costo. Además, puede encontrar la Guía para Miembros en el sitio web **kp.org/medi-cal/documents** (haga clic en “Español”). También puede pedir una copia gratuita de nuestras políticas y procedimientos administrativos y clínicos no patentados. También se encuentran en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

Comuníquese con nosotros

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

También puede visitarnos en línea en **kp.org/espanol** en cualquier momento o visitar el Departamento de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte las direcciones en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web **kp.org/finddoctors** [en inglés]). Para obtener más información sobre nuestros proveedores y ubicaciones, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**) o visite **kp.org/finddoctors** (en inglés).

Gracias,

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
One Kaiser Plaza,
Oakland, CA 94612



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

1. Primeros pasos como miembro

Cómo obtener ayuda

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

El Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente está aquí para ayudarle. Podemos:

- Responder preguntas sobre nuestro Medi-Cal Plan y los servicios que cubrimos.
- Ayudarle a elegir o cambiar un proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, "PCP").
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita.
- Ayudarle a obtener el servicio de interpretación si su dominio del inglés es limitado.
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos.

Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros como se indica a continuación:

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Inglés | 1-855-839-7613 |
| (y más de 150 idiomas a través del servicio de interpretación) | |
| ▪ Español | 1-800-788-0616 |
| ▪ Dialectos chinos | 1-800-757-7585 |
| ▪ TTY | 711 |

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada no tiene costo. Debemos asegurarnos de que espere menos de 10 minutos al llamar.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

También puede visitar Servicio a los Miembros en línea en cualquier momento en kp.org/espanol.

Quién puede convertirse en miembro

Cada estado puede tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se llama **Medi-Cal**.

Usted califica para nuestro Medi-Cal Plan porque vive en el área de servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal Plan y cumple los criterios de elegibilidad. El área de servicio de nuestro Medi-Cal Plan se describe en el Capítulo 8, “Números importantes y palabras clave”, de esta Guía para Miembros.

También puede calificar para Medi-Cal a través del Seguro Social porque está recibiendo el beneficio del Ingreso de Seguro Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o Pago Suplementario del Estado (State Supplemental Payment, SSP). Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción, llame a Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**) o visite: <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/> (en inglés).

Si tiene alguna pregunta sobre el Seguro Social, llame a Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** o visite: <https://www.ssa.gov/locator/> (en inglés).

Transitional Medi-Cal

Es posible que pueda obtener Transitional Medi-Cal si comenzó a ganar más dinero y ya no califica para Medi-Cal.

Puede averiguar los requisitos para obtener Transitional Medi-Cal en su oficina local del condado en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> (en inglés).

O llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

Tarjetas de identificación (“ID”)

Como miembro del Plan de Salud, recibirá nuestra tarjeta de identificación (“ID”) de Kaiser Permanente. Debe mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía cuando reciba los servicios cubiertos de los Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal es la tarjeta de identificación de beneficios que le envía el estado de California. Siempre debe llevar con usted todas las tarjetas de salud. Es posible que tenga que mostrar su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando reciba Servicios Cubiertos de proveedores fuera de Kaiser Permanente.

Su BIC de Medi-Cal y las tarjetas de identificación de Kaiser Permanente se ven así:



Sus tarjetas de identificación de Kaiser Permanente se parecen a las siguientes tarjetas:



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.



Si no recibe su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente en pocas semanas después de su fecha de inscripción, o si su tarjeta se daña, la pierde o se la roban, llame a Servicio a los Miembros de inmediato. Le enviaremos una nueva sin costo. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Si no tiene una tarjeta BIC de Medi-Cal o si su tarjeta se daña, la pierde o se la roban, llame a la oficina local del condado. Para localizar su oficina local del condado, visite: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> (en inglés).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del plan de salud

El plan Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Medi-Cal Plan es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal y viven en el Área de Servicio de nuestro Medi-Cal Plan. El Área de Servicio de nuestro Medi-Cal Plan se describe en el Capítulo 8, “Números importantes y palabras clave”, de esta Guía para Miembros. Trabajamos con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Usted tiene inscripción en una de nuestras regiones de California (la región norte o la región sur de California). La región de Kaiser Permanente en la que tiene inscripción se conoce como Región Base.

Puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente para obtener más información sobre nuestro plan de salud y cómo hacer que funcione para usted. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. El plan de salud, los hospitales del plan, The Permanente Medical Group y el Southern California Permanente Medical Group trabajan juntos para brindar a nuestros miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a los Servicios Cubiertos que pueda necesitar en el área de servicio de su Región Base, como cuidados de rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen excelentes formas de proteger y mejorar su salud.

Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando se inscriba a nuestro Medi-Cal Plan, le enviaremos su tarjeta de identificación (“ID”) de Kaiser Permanente en un plazo de dos semanas a partir de la fecha de inscripción. Debe mostrar tanto su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente como



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

una identificación con fotografía cuando reciba los Servicios Cubiertos de los proveedores de Kaiser Permanente. Es posible que tenga que mostrar su tarjeta de identificación de beneficios (“BIC”) de Medi-Cal cuando reciba Servicios Cubiertos de proveedores fuera de Kaiser Permanente. Siempre debe llevar con usted todas las tarjetas de salud.

La cobertura de su plan de Medi-Cal deberá ser renovada cada año. Si su oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal electrónicamente, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal prellenado. Complete este formulario y devuélvalo a su oficina local del condado. Puede devolver su información en persona, por teléfono, por correo postal, en línea o por otros medios electrónicos disponibles en su condado.

Puede cancelar su cobertura de Medi-Cal de Kaiser Permanente y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Para solicitar ayuda para elegir un plan nuevo, llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**) o visite: **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov** (en inglés).

Para localizar su oficina local del condado, visite:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> (en inglés).

Su cobertura de Kaiser Permanente Medi-Cal puede terminar si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Se muda fuera del Área de Servicio de nuestro Medi-Cal Plan.
- Ya no tiene Medi-Cal.
- Se vuelve elegible para un programa de renuncia que requiere que esté inscrito en Pago por Servicio (Fee-For-Service, “FFS”) de Medi-Cal.
- Está en prisión.

Si pierde su cobertura de Kaiser Permanente Medi-Cal, todavía puede calificar para recibir cobertura de FFS de Medi-Cal. Si no sabe si todavía tiene nuestra cobertura, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Consideraciones especiales sobre la atención médica administrada para los nativos americanos

Los nativos americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o pueden abandonar su plan de atención médica administrada de Medi-Cal y volver a recibir los servicios de FFS de Medi-Cal, en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si es nativo americano, tiene derecho a obtener servicios de atención para la salud con un Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, "IHCP"). También puede permanecer en nuestro Medi-Cal Plan o cancelar su afiliación (abandonarlo) mientras recibe servicios de atención para la salud en estas ubicaciones. Para obtener más información sobre la inscripción y la cancelación de la afiliación, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Debemos proporcionarle una coordinación de atención, incluida la administración de casos dentro y fuera de la red. Si solicita los servicios cubiertos de un IHCP y no hay IHCP disponibles dentro de nuestra red de Medi-Cal, debemos ayudarle a localizar un IHCP fuera de la red de su elección. Para obtener más información, lea "Red de Proveedores" en el Capítulo 3, "Cómo obtener atención", de esta guía.

Cómo funciona su plan

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. es un plan de atención médica administrada que tiene contrato con el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, "DHCS") de California para Medi-Cal.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a la mayoría de los Servicios Cubiertos que pueda necesitar en el área de servicio de su Región Base, como cuidados de rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen excelentes formas de proteger y mejorar su salud.

Como miembro de Kaiser Permanente, puede calificar para algunos servicios proporcionados a través de FFS de Medi-Cal. Estos incluyen medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, medicamentos de venta sin receta médica y algunos suministros médicos a través de Medi-Cal Rx.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

El Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente puede:

- Responder preguntas sobre servicios que nosotros cubrimos, incluidos los servicios de transporte.
- Ayudarle a elegir o cambiar un proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, “PCP”).
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita.
- Decirle cómo programar citas.
- Ayudarle a obtener el servicio de interpretación si no habla inglés.
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos.

Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). También puede encontrar información sobre Servicio a los Miembros en línea en **kp.org/espanol**.

Cómo cambiar de plan de salud

Puede abandonar nuestro Medi-Cal Plan y unirse a otro plan de salud de atención médica administrada de Medi-Cal en su condado de residencia en cualquier momento si hay otro plan de salud disponible. La cantidad de opciones de planes de salud depende de donde viva. Para elegir un nuevo plan, llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**). Puede llamar de 8 a. m. a 6 p. m., de lunes a viernes, o visite: **<https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>** (en inglés).

Procesar su solicitud para abandonar nuestro Medi-Cal Plan e inscribirse en otro plan en su condado puede demorar hasta 30 días o más. Para averiguar el estado de su solicitud, llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**).

Si desea dejar nuestro Medi-Cal antes, puede llamar a Opciones de Atención Médica para pedir la cancelación de su afiliación de forma acelerada (rápida).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

- Niños que obtienen servicios del Foster Care Program o el Adoption Assistance Program
- Miembros con necesidades de atención médica especiales
- Miembros ya inscritos en Medicare, otro plan de Medi-Cal o plan de atención médica administrada comercial

Puede solicitar salir de nuestro Medi-Cal Plan si se comunica con su oficina local del condado. Encuentre su oficina local del condado en:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> (en inglés).

O llame a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077** o **711**).

Estudiantes que se mudan a otro condado o fuera de California

Puede obtener atención de emergencia y atención de urgencia en cualquier lugar de Estados Unidos, incluidos los territorios de Estados Unidos. Los cuidados de rutina y la atención preventiva solo tienen cobertura en el Área de Servicio de su Región Base.

La siguiente tabla describe las medidas que debe tomar si deja su condado base para asistir a la escuela en otro condado de California o fuera de California.

Situación	Medidas que debe tomar y qué cobertura tiene
Se muda temporalmente a otro condado dentro de su Región Base para asistir a la escuela o a un instituto de enseñanza superior.	Dígale a su evaluador de elegibilidad que se mudará temporalmente para ir a la escuela. El condado actualizará su expediente del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del estado. Esto garantizará la cobertura de cualquier servicio de FFS de Medi-Cal que pueda necesitar. Si



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

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

Situación	Medidas que debe tomar y qué cobertura tiene
	<p>mantiene su inscripción en Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, seguirá teniendo cobertura para los Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, en su nuevo condado.</p>
<p>Se muda temporalmente a otro condado fuera de su Región Base para asistir a la escuela o a un instituto de enseñanza superior, y no necesita cobertura para los cuidados de rutina en su nuevo condado.</p>	<p>Dígale a su evaluador de elegibilidad que se mudará temporalmente para ir a la escuela. El condado actualizará los expedientes del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del estado. Esto garantizará la cobertura de cualquier servicio de FFS de Medi-Cal que pueda necesitar. Los cuidados de rutina, incluida la atención preventiva, solo tienen cobertura dentro de su Región Base.</p>
<p>Se muda temporalmente a otro condado fuera de su Región Base para asistir a la escuela o a un instituto de enseñanza superior, y desea cobertura para los cuidados de rutina en su nuevo condado.</p>	<p>Dígale a su evaluador de elegibilidad que se mudará a otro condado. Necesitará transferir su inscripción de Medi-Cal al nuevo condado para continuar con la cobertura de los cuidados de rutina, incluida la atención preventiva. Si Kaiser Permanente no tiene un Medi-Cal Plan en su nuevo condado, tendrá que cambiar su plan de Medi-Cal.</p>
<p>Se muda temporalmente a otro estado para asistir a la escuela o a un instituto de enseñanza superior.</p>	<p>Dígale a su evaluador de elegibilidad que se mudará temporalmente a otro estado y desea mantener su cobertura de Medi-Cal. Siempre que sea elegible, Medi-Cal cubrirá la atención de emergencia y la atención de urgencia en</p>



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Situación	Medidas que debe tomar y qué cobertura tiene
	<p>otro estado. Medi-Cal no cubre atención de emergencia, atención de urgencia ni cualquier otro servicio de atención para la salud fuera de Estados Unidos, excepto en Canadá y México, como se indica en el Capítulo 3, “Cómo obtener atención”, de esta Guía para Miembros.</p> <p>Los beneficios de farmacia fuera del estado se limitan a un suministro de emergencia de hasta 14 días cuando los retrasos impedirían un servicio necesario desde el punto de vista médico. Para obtener más ayuda, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 o visítelos en línea en: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home (en inglés).</p> <p>Si desea recibir cuidados de rutina, incluida la atención preventiva, en otro estado, deberá solicitar Medicaid en ese estado. Si se inscribe en Medicaid en otro estado, ya no será elegible para Medi-Cal en California y nosotros no pagaremos por su atención médica.</p>

Continuidad de la atención de salud

Continuidad de la Atención de Salud Estándar para Nuevos Miembros

Como nuevo Miembro de nuestro Medi-Cal Plan, es posible que tenga proveedores de su plan de salud anterior que no formen parte de nuestra red de proveedores de



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Medi-Cal. Puede seguir acudiendo a su proveedor fuera de la red hasta 12 meses o más, si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- El DHCS le exigió que cambiara de plan de atención médica administrada y no tuvo la opción de continuar con su plan de salud anterior o el DHCS le exigió que hiciera la transición del plan de Pago por Servicio de Medi-Cal al plan de atención médica administrada de Medi-Cal.
- No tuvo la opción de elegir otro plan de salud que cubriera los servicios de su proveedor fuera de la red actual.
- La cobertura de los servicios del proveedor de su plan de salud anterior finalizó o finalizará en su fecha de inscripción en nuestro Medi-Cal Plan.
- Su situación es uno de los casos que se mencionan en la sección “Situaciones hipotéticas de Continuidad de la Atención de Salud” a continuación.

Continuidad de la atención de salud cuando un Proveedor abandona nuestra red de Medi-Cal

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

Si le asignan a un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o tan pronto como sea razonablemente posible). También le notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación antes de terminar un contrato con un hospital, si este se encuentra en un radio de 15 millas de su lugar de residencia. Es posible que pueda continuar acudiendo a un proveedor de ese grupo de proveedores o a ese hospital por hasta 12 meses o más en algunas situaciones.

Para calificar para la cobertura de Continuidad de la atención de salud, su situación debe cumplir los criterios indicados a continuación bajo el título “Condiciones para obtener la Continuidad de la Atención de Salud”. Además, debe estar recibiendo los Servicios Cubiertos del proveedor de la red de Medi-Cal dado de baja en la fecha de baja del proveedor.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Condiciones para obtener la Continuidad de la Atención de Salud

Condiciones para calificar	Cobertura bajo la Continuidad de la atención de salud
Es miembro nuevo según la Continuidad de la atención de salud estándar.	Servicios cubiertos por hasta 12 meses.
Tiene una enfermedad aguda (un problema médico que necesita atención rápida).	Servicios cubiertos mientras dure su enfermedad aguda.
Padece afecciones físicas y de comportamiento crónicas graves (un problema de atención médica grave que ha padecido durante mucho tiempo).	Servicios Cubiertos hasta lo que ocurra primero: (1) 12 meses a partir de la fecha en que terminó el contrato del proveedor, o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento cuando sería seguro transferir su atención a un Proveedor de la Red, según lo determine Kaiser Permanente después de trabajar con el Miembro y el Proveedor de Medi-Cal Fuera de la Red. La decisión se tomará de conformidad con las buenas prácticas profesionales.
Necesita cuidados de maternidad.	Servicios Cubiertos durante el embarazo y durante el periodo de posparto (después del nacimiento) de 12 meses.
Presenta un trastorno de salud mental durante el embarazo o después del nacimiento del bebé.	Servicios cubiertos por hasta 12 meses desde el diagnóstico o desde el final de su embarazo, lo que ocurra posteriormente.
Es un niño menor de 3 años.	Servicios cubiertos hasta lo que ocurra primero: (1) 12 meses a partir de la fecha en que terminó el contrato del proveedor, o (2) el tercer cumpleaños del niño.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Padece una enfermedad terminal (un problema médico potencialmente mortal).	Servicios cubiertos mientras dure su enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos en la mayoría de los casos.
Tiene programada una cirugía u otro procedimiento médico, siempre y cuando esté cubierto, sea médicamente necesario y esté autorizado como parte de un ciclo de tratamiento documentado, y recomendado y documentado por el proveedor.	Servicios cubiertos relacionados con su cirugía o procedimiento: 1) Si usted es un Miembro nuevo, el proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de vigencia de su cobertura. 2) Si el contrato que tiene su proveedor con Kaiser Permanente finaliza, el Proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de finalización del contrato entre Kaiser Permanente y el Proveedor.

Requisitos adicionales para la Continuidad de la Atención de Salud

Además de los criterios enumerados anteriormente, se deben cumplir los siguientes para que usted obtenga la Continuidad de la atención de salud:

- Su cobertura de Medi-Cal está vigente en la fecha en la que recibe los servicios.
- Tiene una relación existente con el proveedor.
 - Para el tratamiento de salud del comportamiento de niños menores de 21 años, esto significa que acudió al proveedor en los últimos 12 meses para una consulta que no era de emergencia.
 - Para todos los demás servicios, esto significa que acudió al proveedor en los últimos 12 meses para una consulta que no era de emergencia.
- El proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales estándar.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por la atención médica administrada de Medi-Cal.

Kaiser Permanente no tiene una inquietud documentada sobre la calidad de la atención del proveedor fuera de la red.

No cubrimos la Continuidad de la atención de salud de proveedores de Medi-Cal fuera de la red si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los servicios no tienen cobertura de la atención médica administrada de Medi-Cal.
- Su Proveedor de Medi-Cal fuera de la red no trabajará con nosotros. Tendrá que buscar un nuevo proveedor de la red de Medi-Cal.

No todos los servicios son elegibles para la cobertura bajo la Continuidad de la atención de salud. Para obtener más información acerca de la Continuidad de la atención de salud o para solicitar servicios o una copia de nuestra política sobre el “Cumplimiento de los Servicios Cubiertos”, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Costos

Costos para los Miembros

Nuestro Medi-Cal Plan presta servicios a personas que califican para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de Kaiser Permanente Medi-Cal no tienen que pagar los servicios cubiertos, las primas o los deducibles. Para ver una lista de Servicios Cubiertos, consulte el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Si es nativo americano, no tiene que pagar cuotas de inscripción, primas, deducibles, copagos, costos compartidos ni otros cargos similares. No debemos cobrar a ningún miembro nativo americano que obtenga un artículo o servicio directamente de un IHCP o a través de un referido a un IHCP, ni reducir los pagos pendientes a un IHCP por la cantidad de cualquier cuota de inscripción, prima, deducible, copago, costo compartido o cargo similar.

Si tiene inscripción en el County Children’s Health Initiative Program (“CCHIP”) en los condados de Santa Clara, San Francisco o San Mateo, o tiene inscripción en el programa Medi-Cal for Families, es posible que tenga que pagar una prima mensual y copagos.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si recibe servicios de proveedores de Medi-Cal fuera de la red, es posible que no estén cubiertos si no obtuvo la preaprobación (autorización previa). En casos donde los servicios no tienen cobertura, es posible que tenga que pagarlos.

Puede ir a los proveedores de Medi-Cal fuera de la red para recibir algún tipo de atención delicada sin tener una preaprobación. Para obtener información sobre qué es la atención delicada, consulte el título “Atención Delicada” en el Capítulo 3, “Cómo obtener atención”, de esta Guía para Miembros.

No necesita tener una preaprobación para recibir atención de emergencia, incluso cuando vaya a proveedores de Medi-Cal fuera de la red. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sea a Canadá o México, y necesita atención de emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Cuando está dentro de los Estados Unidos, cubrimos sus servicios de atención de urgencia. Si está dentro del área de servicio de su Región Base, debe tener una preaprobación para ir con un proveedor de atención de urgencia fuera de la red. No necesita preaprobación para recibir atención de urgencia si se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base. Si está fuera de los Estados Unidos, los servicios de atención de urgencia **no** tendrán cobertura, y deberá pagar por su atención. Su Región Base es la región norte de California de Kaiser Permanente o la región sur de California de Kaiser Permanente. Su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente tiene el nombre de su Región Base en la parte frontal.

Para miembros con atención a largo plazo y un Costo Mensual para Residentes

Es posible que deba pagar un Costo Mensual para Residentes (costo compartido) mensualmente por sus servicios de atención a largo plazo. El importe de su Costo Mensual para Residentes dependerá de sus ingresos. Cada mes, pagará sus propias facturas de atención médica, que incluyen, entre otras, las facturas de atención a largo plazo, hasta que el monto que haya pagado sea equivalente a su Costo Mensual para Residentes. Después de esto, cubriremos su atención a largo plazo para ese mes. Nosotros no le daremos cobertura hasta que haya pagado todo su Costo Mensual para Residentes de atención a largo plazo de ese mes.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cómo se les paga a los proveedores

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

Pagos por capitación

- A unos proveedores les pagamos un monto establecido cada mes por cada miembro. A esto se le llama pago por capitación. Kaiser Permanente y los proveedores trabajan juntos para decidir el monto del pago.

Pagos de FFS

- Algunos proveedores atienden a los miembros de Medi-Cal y nos envían una factura por los servicios brindados. A esto se le llama pago de FFS. Kaiser Permanente y los proveedores trabajan juntos para decidir el costo de cada servicio.

Para obtener más información sobre cómo le pagamos a los proveedores, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Si recibe una factura de un proveedor de atención médica

Los servicios cubiertos son servicios de atención para la salud que debemos pagar. Si recibe una factura por algún servicio cubierto de Medi-Cal, no la pague. Llame a nuestro Servicio a los Miembros de inmediato al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Si recibe una factura de la farmacia por medicamentos recetados, suministros o suplementos, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden usar la opción **7** o llamar al **711**. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> (en inglés).

Cómo solicitarnos el reembolso de gastos

Si pagó por servicios que ya recibió, es posible que califique para recibir un reembolso si cumple **todas** estas condiciones:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto por el que tenemos la responsabilidad de pagar. No le reembolsaremos por un servicio que no cubrimos.
- Recibió el servicio cubierto mientras era miembro elegible de Kaiser Permanente Medi-Cal.
- Solicita que se le reembolse en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Muestra una prueba de que usted, o alguien en su nombre, pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en nuestra red de proveedores de Medi-Cal. No necesita cumplir esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red brinden sin preaprobación (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere preaprobación (autorización previa), debe proporcionar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.
- Si no cumple una de las condiciones anteriores, no le haremos un reembolso.

Tampoco le haremos un reembolso si:

- Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
- El servicio no es un servicio cubierto para nosotros.
- Tiene un Costo Mensual para Residentes (costo compartido) de Medi-Cal no cubierto.
- Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que decía que quería ser atendido de todos modos y que usted mismo pagaría los servicios.
- Tiene copagos de Medicare Parte D para medicamentos recetados que cubre su plan de Medicare Parte D.

Le informaremos si le reembolsaremos mediante una carta llamada Notificación de Acción (Notice of Action, “NOA”). Debemos hacerle un reembolso en un plazo de 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si decidimos que no califica para un reembolso, se lo comunicaremos mediante una carta, que incluirá información sobre sus derechos de apelación.

Cómo presentar un reclamo

Si pagó por servicios que ya recibió, puede presentar un reclamo. Utilice un formulario de reclamación e indíquenos por escrito por qué tuvo que pagar. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)** para solicitar un formulario de reclamación. Revisaremos su reclamación para ver si puede recuperar su dinero.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Puede presentar un reclamo (solicitud de pago/reembolso) de las siguientes maneras:

- visitando **kp.org/espanol**, donde puede completar un formulario electrónico y subir la documentación de respaldo;
- enviando por correo postal un formulario impreso que se puede obtener en **kp.org/espanol** o llamando a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**), o

si no puede acceder al formulario electrónico (u obtener el formulario impreso), envíe por correo la cantidad mínima de información que necesitamos para procesar su reclamo:

- nombre del miembro/paciente y número de historia clínica;
- la fecha en la que recibió los servicios;
- el lugar en donde recibió los servicios;
- quién le prestó los servicios;
- por qué cree que deberíamos pagar por los servicios;
- una copia de la factura, su historia clínica de estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

Dirección postal para presentar su reclamo a Kaiser Permanente en el norte de California:

Kaiser Permanente
Claims Administration - NCAL
P.O. Box 8002
Pleasanton, CA 94588-8602

Dirección postal para presentar su reclamo a Kaiser Permanente en el sur de California:

Kaiser Permanente
Claims Administration - SCAL
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-8004



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

3. Cómo obtener atención

Cómo obtener servicios de atención para la salud

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

La información sobre la cobertura que se presenta en esta Guía para Miembros se aplica cuando usted obtiene servicios de atención para la salud en el área de servicio de su Región Base. Su Región Base es la región de Kaiser Permanente en la que tiene inscripción. Es nuestra región norte de California o región sur de California. El nombre de su Región Base está impreso en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Si visita la otra región de California, estará cubierto solo para atención de urgencia, atención de emergencia y servicios de planificación familiar, a menos que aprobemos previamente los servicios. Si visita una región de Kaiser Permanente fuera de California, tendrá cobertura solo para atención de urgencia o emergencia, a menos que aprobemos previamente los servicios. Para obtener más información sobre cómo encontrar proveedores de la red de Medi-Cal en el área de servicio de su Región Base, consulte nuestra lista de proveedores en **kp.org/finddoctors** (haga clic en “Español”) o llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Brindamos servicios a nuestros Miembros a través de nuestros proveedores de la red de Medi-Cal. Todos trabajan juntos para ofrecerle atención de calidad. Cuando elige Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como su plan de atención médica administrada, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Para ver las ubicaciones de nuestros proveedores de la red de Medi-Cal, visite nuestro sitio web en **kp.org/finddoctors** (haga clic en “Español”). Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Puede empezar a recibir servicios de atención para la salud en su fecha efectiva de inscripción en nuestro Medi-Cal Plan. Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

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

("ID") de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, "BIC") de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de su seguro médico. No permita que nadie más use su tarjeta BIC ni su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

Los nuevos miembros que solo tengan cobertura de Medi-Cal deben elegir un proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, "PCP") de la red de proveedores de Medi-Cal. Los nuevos miembros que tengan tanto Medi-Cal como otra cobertura de salud completa no tienen que elegir un PCP. Sin embargo, animamos a todos los miembros a elegir un PCP.

La red de Kaiser Permanente Medi-Cal es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con nosotros. Si solo tiene cobertura de Medi-Cal, debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en la que se convierta en miembro. Si no elige un PCP, nosotros lo haremos por usted.

Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los miembros de la familia asignados al Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que desea conservar, o si desea conseguir un nuevo PCP, consulte su Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal para obtener una lista de todos los PCP y otros proveedores de nuestra red de proveedores de Medi-Cal. El Directorio de proveedores tiene más información para ayudarle a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de Proveedores, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Puede encontrar nuestro directorio de proveedores y hacer búsquedas en **kp.org/finddoctors** (en inglés). También puede descargar un Directorio de Proveedores de Medi-Cal de nuestro sitio web en **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés).

- En el norte de California, si no puede obtener la atención que necesita de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal, su PCP pedirá a The Permanente Medical Group su aprobación para enviarle a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red. A esto se le conoce como referido fuera de la red. No necesita la aprobación para ir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red para obtener atención sensible, que se describe en el título "Atención Sensible" más adelante en este capítulo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- En el sur de California, si no puede obtener la atención que necesita de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal, su PCP pedirá a Southern California Permanente Medical Group su aprobación para enviarle a un Proveedor de Medi-Cal fuera de la red. A esto se le conoce como Referido fuera de la red. No necesita la aprobación para ir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red para obtener la atención delicada que se describe en el título “Atención Delicada” más adelante en esta Guía para Miembros.

Lea el resto del capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de proveedores y la red de proveedores. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

El programa Medi-Cal Rx administra la cobertura de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta guía.

Proveedor de atención médica primaria (“PCP”)

Su proveedor de atención médica primaria (“PCP”) es el proveedor con licencia al que acude para recibir la mayor parte de su atención médica. Su PCP también le ayuda a obtener otros tipos de atención que necesita. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días a partir de su inscripción en nuestro Medi-Cal Plan.

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

Los adultos pueden elegir un PCP de entre los siguientes:

- medicina para adultos o medicina interna
- medicina familiar
- especialistas en obstetricia y ginecología a los que The Permanente Medical Group o el Southern California Permanente Medical Group designe como PCP



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para los niños de hasta 18 años, puede elegir un médico de pediatría/medicina para adolescentes o Medicina Familiar para que sea el PCP de su hijo. Cada familiar con cobertura puede elegir su propio médico personal. Según el tipo de proveedor, usted podrá elegir un PCP para todos los integrantes de su familia que sean miembros de Kaiser Permanente. Si tiene Medicare y Medi-Cal, o si tiene otro seguro integral de atención médica, no tiene que elegir un PCP. Sin embargo, le animamos a hacerlo.

También puede elegir su atención médica primaria en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, "FQHC") o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, "RHC") dentro de su red. Según el tipo de proveedor, es posible que pueda elegir un PCP para usted y los demás miembros de su familia que sean miembros de Kaiser Permanente, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Nota: Los nativos americanos pueden elegir un Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, "IHCP") como su PCP, incluso si el IHCP no está en nuestra red de Proveedores de Medi-Cal.

Si no elige un PCP en los 30 días posteriores a su inscripción, le asignaremos uno. Puede cambiar a otro médico disponible de nuestra red de proveedores de Medi-Cal en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cambiar de médico en línea en cualquier momento en kp.org/espanol o puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Si elige su PCP de The Permanente Medical Group o el Southern California Permanente Medical Group, su elección se convertirá en su PCP de inmediato. Si elige su PCP en otro sitio, como un FQHC, su elección entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Su PCP:

- Se familiarizará con sus antecedentes de salud y sus necesidades.
- Mantendrá actualizada su historia clínica.
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que necesite.
- Le referirá (enviará) a un especialista si lo necesita.
- Organizará su atención en un hospital si lo necesita. En algunos casos, un especialista también puede organizar la atención en un hospital si lo necesita.

Puede consultar su Directorio de Proveedores de Medi-Cal para encontrar un PCP de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. El Directorio de proveedores de Medi-Cal tiene una lista de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente para brindar Servicios Cubiertos, incluidos IHCP, FQHC y RHC.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal y hacer búsquedas en línea en **kp.org/finddoctors** (en inglés). Puede solicitar que se le envíe por correo postal un Directorio de Proveedores llamando al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Además, puede llamar para averiguar si el PCP que desea acepta nuevos pacientes.

Elección de médicos y otros proveedores

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

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

Si elige su PCP de The Permanente Medical Group o el Southern California Permanente Medical Group, su elección se convertirá en su PCP de inmediato. Si elige su PCP en otro sitio, como un FQHC, su elección entrará en vigor el primer día del mes siguiente de realizar el cambio.

Para obtener información sobre cómo seleccionar o cambiar a su PCP, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Podemos cambiar su PCP si este no acepta nuevos pacientes, abandonó nuestra red de proveedores de Medi-Cal, no atiende a pacientes de su edad o si no se resuelven las inquietudes de calidad existentes con el PCP. También es posible que nosotros o su PCP le pidamos que cambie a un PCP nuevo si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si suele faltar a las citas o llegar tarde a ellas. Si necesitamos cambiar a su PCP, se lo diremos por escrito.

Algunas cosas que debe considerar cuando elija un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en un centro de atención del Plan al que me gusta acudir?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi casa, trabajo o la escuela de mis hijos?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de donde vivo y es fácil llegar a él?
- ¿Los médicos y el personal hablan mi idioma?
- ¿El horario de atención del PCP se ajusta a mi horario?
- ¿El PCP trabaja con los especialistas que consulto?



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cita de Salud Inicial (“IHA”)

Para Miembros de Medi-Cal que son nuevos en Kaiser Permanente

Recomendamos a los nuevos miembros que visiten a su nuevo PCP en un plazo de 120 días para su primera cita de salud, llamada cita de salud inicial (Initial Health Appointment, “IHA”). El objetivo de la cita de salud inicial es ayudar a su PCP a que conozca sus antecedentes y necesidades de atención médica. Su PCP podría hacerle preguntas sobre sus antecedentes de salud o pedirle que llene un cuestionario. Su PCP también le hablará sobre el asesoramiento y las clases de educación para la salud que le pueden ayudar.

Cuando llame para programar su cita de salud inicial, avísele a la persona que le atienda por teléfono que es miembro de Kaiser Permanente Medi-Cal. Dele su número de identificación de Kaiser Permanente.

Lleve a la cita su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación con fotografía y cualquier otra tarjeta que tenga de su seguro médico. Es buena idea llevar una lista de sus medicinas y de sus preguntas a la consulta. Prepárese para hablar con su PCP sobre sus necesidades e inquietudes de atención médica.

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

Si tiene preguntas sobre su cita de salud inicial, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Para Miembros de Medi-Cal con cobertura anterior de Kaiser Permanente

Si es nuevo en Medi-Cal y su cobertura de salud anterior también era con Kaiser Permanente, comuníquese con su PCP para ver si necesita una cita de salud inicial (“IHA”). Si su historia clínica está al día, tal vez pueda esperar hasta su siguiente consulta programada de cuidados de rutina para realizar cualquier actualización adicional a su historia clínica.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para programar su cita, llame al número de su región base de Kaiser Permanente:

Región Base	Número de teléfono para programar una cita
<i>Norte de California</i>	Si tiene preguntas sobre su cita de salud inicial, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-866-454-8855 (TTY 711) , de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.
<i>Sur de California</i>	Si tiene preguntas sobre su cita de salud inicial, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Cuidados de rutina

Los cuidados de rutina es la atención médica regular. Incluye atención preventiva, también llamada de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. La atención preventiva incluye exámenes médicos regulares, pruebas de detección, vacunas, educación para la salud y asesoramiento.

Recomendamos que los niños, en particular, reciban atención preventiva y cuidados de rutina de forma regular. Los miembros de Kaiser Permanente pueden recibir todos los servicios de prevención temprana recomendados por la Academia Americana de Pediatría y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Estas pruebas de detección incluyen evaluaciones de audición y visión, que pueden ayudar a asegurar un desarrollo y un aprendizaje saludables. Para obtener una lista de los servicios recomendados por pediatras, lea las pautas de “Bright Futures” de la Academia Americana de Pediatría en: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf (en inglés).

Los cuidados de rutina también incluyen la atención cuando se enferma. Cubrimos los cuidados de rutina de la red de proveedores de Medi-Cal.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Su PCP:

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

Región Base	Número de teléfono para programar una cita
<i>Norte de California</i>	Si tiene preguntas sobre su cita de salud inicial, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-866-454-8855 (TTY 711) , de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.
<i>Sur de California</i>	Si tiene preguntas sobre su cita de salud inicial, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubrimos, así como los que no cubrimos, lea el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, y el Capítulo 5, “Bienestar de niños y jóvenes”, de esta guía.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Todos los proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal pueden usar ayudas y servicios para comunicarse con las personas con discapacidad. También puede comunicarse con usted en otro idioma o formato. Dígale a su proveedor o llámenos para decirnos lo que necesita.

Red de Proveedores de Medi-Cal

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

Kaiser Permanente es un plan de salud de atención médica administrada. Cuando elige nuestro Medi-Cal Plan, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de sus servicios cubiertos a través de nuestros proveedores de la red de Medi-Cal. Puede acudir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red sin un referido o aprobación previa para recibir atención de emergencia o servicios de planificación familiar. Además, puede acudir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red para obtener atención de urgencia fuera del área cuando se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base. Debe tener una referencia o aprobación previa para los demás servicios que no pertenecen a la red, o no tendrán cobertura.

Nota: Los nativos americanos pueden elegir un Proveedor de Atención Médica Indígena (“IHCP”) como su PCP, incluso si el IHCP no está en nuestra red de proveedores de Medi-Cal.

Si su PCP, hospital u otro proveedor tiene una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, pueden ayudarle a encontrar otro proveedor de la red de Medi-Cal que le brinde los servicios que necesita. También puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)** para solicitar ayuda para encontrar otro proveedor de la Red de Medi-Cal. Para obtener más información sobre las objeciones morales, consulte la sección “Objeción moral” más adelante en este capítulo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Proveedores de la Red de Medi-Cal

Para la mayoría de sus necesidades de atención médica, usará los proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal. Recibirá atención preventiva y cuidados de rutina de nuestros proveedores de la red de Medi-Cal. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal.

Para obtener una copia del Directorio de Proveedores de Medi-Cal para su área, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). También puede encontrar la lista de los proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal y sus ubicaciones en línea en: **kp.org/finddoctors** (en inglés).

Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos por Contrato, llame a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presione **7** o **711**. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en: **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés).

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) de nuestra parte antes de ir con un proveedor fuera de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal, incluso dentro del área de servicio de su Región Base, excepto en estos casos:

- Si necesita atención de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base y necesita atención de urgencia, acuda a cualquier centro de atención de urgencia.
- Si necesita servicios de planificación familiar, acuda a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa).
- Si no se encuentra en uno de los casos indicados anteriormente y no obtiene la aprobación previa (autorización previa) antes de obtener atención de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga la responsabilidad de pagar la atención que haya recibido de ese proveedor fuera de la red. Los proveedores de Kaiser Permanente que se encuentran fuera del Área de Servicio de su Región Base son proveedores fuera de la red.

Proveedores fuera de la red que se encuentran dentro del área de servicio de su Región Base

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no tienen un acuerdo para trabajar con Kaiser Permanente.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Debemos brindarle una aprobación antes de acudir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red dentro del área de servicio de la Región Base, excepto para recibir atención de emergencia.

Si necesita servicios de atención para la salud necesarios desde el punto de vista médico, pero no están disponibles en la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal, es posible que los pueda obtener de un proveedor fuera de la red sin costo. Los aprobaremos y le referiremos a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red para que obtenga esos servicios. Para conocer nuestros estándares de tiempo o distancia del lugar donde vive, visite **kp.org/espanol**. Si le damos un referido para que acuda a un proveedor fuera de la red, pagaremos por su atención.

Para recibir atención de urgencia dentro del área de servicio de la Región Base, debe acudir a un proveedor de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal. No necesita tener una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de uno de nuestros proveedores de la red de Medi-Cal.

Debe obtener nuestra aprobación (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor de Medi-Cal fuera de la red y dentro del área de servicio de su Región Base.

Si no tiene una aprobación previa, es posible que tenga que pagar la atención de urgencia brindada por un proveedor fuera de la red y dentro del área de servicio de su Región Base. Puede leer más sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de atención sensible en este capítulo.

Es posible que su proveedor de atención de urgencia le dé un medicamento como parte de su consulta de atención de urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, nosotros cubriremos los medicamentos como parte de su atención de urgencia cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le da una receta médica que tiene que llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Nota: Si usted es nativo americano, puede obtener atención con un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin un referido. Un IHCP fuera de la red también puede referir a los miembros nativos americanos a un proveedor dentro de la red sin requerir primero el referido de un PCP dentro de la red.

Si necesita ayuda con los servicios fuera de la red, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Proveedores Fuera del área de servicio de su Región Base

La mayor parte de los cuidados de rutina, incluida la atención preventiva, no tiene cobertura fuera del área de servicio de su Región Base. Los servicios de planificación familiar están cubiertos fuera del área de servicio de su Región Base cuando se obtienen de un proveedor calificado de Medi-Cal en California. Para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar, vaya al título “Atención Delicada” del Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Si se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base y necesita atención que **no** es de emergencia ni de urgencia, llame de inmediato a su PCP. O llame al número de teléfono de nuestra línea de consejos que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y hable con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que su proveedor de atención de urgencia le dé un medicamento como parte de su consulta de atención de urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, nosotros cubriremos los medicamentos como parte de su atención de urgencia cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le da una receta médica que tiene que llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Si necesita atención de urgencia fuera del área de servicio de su Región Base, acuda al centro de atención de urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, no pagaremos por su atención. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, lea “Atención de urgencia” más adelante en este capítulo.

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Kaiser Permanente cubre la atención de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o a México y necesita atención de emergencia que requiere hospitalización, nosotros cubriremos su atención. No cubrimos otros servicios en Canadá ni México. Si viaja al extranjero, fuera de Canadá o México, y necesita atención de emergencia, atención de urgencia u otros servicios de atención para la salud, nosotros **no** cubriremos su atención.

Si pagó atención de emergencia que requirió hospitalización en Canadá o México, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Envíe un formulario de reclamación y revisaremos su solicitud. Para obtener más información sobre cómo presentar un



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

reclamo, consulte la sección “Cómo solicitarnos el pago de una factura” en el Capítulo 2, “Acerca de su plan de salud”.

Si se encuentra en otro estado, o en un territorio de los Estados Unidos como Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, tiene cobertura para la atención de emergencia. No todos los hospitales ni médicos aceptan Medicaid. (Medi-Cal es como se llama Medicaid solo en California). Si necesita atención de emergencia fuera de California, informe lo antes posible al médico del hospital o de la sala de emergencias que tiene Medi-Cal y es miembro de Kaiser Permanente.

Pida al hospital que saque copias de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Pídale al hospital y a los médicos que nos envíen la factura. Si recibe una factura por servicios que recibió en otro estado, llámenos de inmediato. Trabajaremos con el hospital o el médico para coordinar el pago de su atención.

Si se encuentra fuera de California y tiene una necesidad de emergencia para obtener medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, solicite a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nota: Los nativos americanos pueden obtener servicios con los IHCP fuera de la red.

Proveedores Fuera de la Red para Enfermedades Elegibles para el CCS

El programa California Children’s Services (“CCS”) es un programa estatal que trata a niños de menos de 21 años con ciertas condiciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen las reglas del programa CCS. Si necesita servicios de atención médica para una afección médica elegible para el CCS y no contamos con un especialista del panel del CCS en nuestra red de proveedores de Medi-Cal que pueda proporcionarle la atención que necesita, es posible que pueda acudir a un proveedor fuera de la red de proveedores sin costo. Para obtener más información sobre el programa CCS, lea el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios disponibles de proveedores de Medi-Cal fuera de la red o fuera del área de servicio de su Región Base, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cómo funciona la atención médica administrada

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a la mayoría de los Servicios Cubiertos que pueda necesitar, como cuidados de rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio, atención de emergencia, atención de urgencia y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen excelentes formas de proteger y mejorar su salud.

En ocasiones, es posible que pueda necesitar un servicio que no esté disponible con un proveedor de nuestra red de proveedores de Medi-Cal. En ese caso, The Permanente Medical Group (norte de California) o el Southern California Permanente Medical Group (sur de California) autorizará un referido a un Proveedor de Medi-Cal Fuera de la Red.

No necesita aprobación previa (autorización previa) para la atención de emergencia, los servicios de planificación familiar ni los servicios de salud mental dentro de la red.

Miembros que tienen Medicare y Medi-Cal

Los beneficiarios con cobertura tanto de Medicare como de Medi-Cal son beneficiarios con doble elegibilidad. Si tiene cobertura de Medicare y Medi-Cal, su cobertura de Medicare siempre pagará primero los Servicios Cubiertos. Medi-Cal siempre es el que paga en última instancia.

Nuestro plan de Medi-Cal no cubre los servicios de cuidados de rutina ni el transporte a los servicios de cuidados de rutina fuera del área de servicio de su Región Base. Medi-Cal solo cubre la atención de emergencia, incluido el transporte de emergencia, la atención de urgencia y algunos servicios de atención delicada cuando se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base.

Si su cobertura de Medicare es con Kaiser Permanente

Cuando viaja, su plan Kaiser Permanente Medicare será el pagador principal de los servicios que reciba. Consulte su Evidencia de Cobertura de Kaiser Permanente Medicare para conocer los detalles de la cobertura. La cobertura de Medi-Cal fuera del área de servicio de su Región Base es limitada, tal como se describió anteriormente.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

En la mayoría de los casos, su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D requiere que surta sus recetas médicas en farmacias de la red de Kaiser Permanente Medicare. Si va a una farmacia de Medi-Cal Rx fuera de la red de Kaiser Permanente, es posible que su plan de Medicare no cubra sus recetas médicas. Debido a que Medicare paga primero, le recomendamos que utilice nuestras farmacias del plan para sus recetas médicas. Consulte el directorio de farmacias de Medicare para obtener información sobre las farmacias de la red.

Si ya tiene un PCP de Kaiser Permanente, no necesita elegir otro PCP para su cobertura de Medi-Cal.

Si su cobertura de Medicare no es con Kaiser Permanente

Para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicare, consulte los documentos de cobertura de Medicare de su cobertura de Pago por Servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medicare o su plan de Medicare. Recuerde que Medicare paga primero, por lo que es posible que tenga que obtener sus medicamentos de la Parte D a través de su plan de Medicare y no a través de nosotros. Trabajaremos con su plan de Medicare o sus proveedores de Medicare para ayudar a coordinar su atención.

Necesitará elegir un PCP de Kaiser Permanente para su cobertura de Medi-Cal.

Médicos

Elegirá un médico u otro proveedor del Directorio de proveedores de Medi-Cal de Kaiser Permanente como su PCP. El PCP que elija debe ser un proveedor de la red de Medi-Cal. Para encontrar un PCP cerca de usted, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/finddoctors** (haga clic en “Español”). Puede descargar una copia del Directorio de Proveedores de Medi-Cal o llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros o consultar nuestro directorio de proveedores en línea en **kp.org/finddoctors** (haga clic en “Español”) para asegurarse de que el PCP que desea acepta nuevos pacientes.

Si tenía un médico antes de ser miembro de Kaiser Permanente y ese médico no forma parte de nuestra red de proveedores de Medi-Cal, es posible que pueda conservarlo por un tiempo limitado. A esto se le llama continuidad de la atención. Puede obtener más información sobre la continuidad de la atención de salud en el Capítulo 2, “Acerca de su



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

plan de salud”, de esta guía. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Si necesita un especialista, su PCP le referirá a un especialista de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Algunas especialistas no requieren un referido. Para obtener más información sobre los referidos, lea “Referidos” más adelante en este capítulo.

Recuerde, si no elige un PCP, nosotros lo haremos por usted, a menos que tenga otra cobertura integral de salud además de Medi-Cal. Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted lo elige.

Si desea cambiar de PCP, debe elegir uno de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Puede acceder al Directorio de Proveedores de Medi-Cal y hacer búsquedas en línea en **kp.org/finddoctors** (en inglés). Asegúrese de que el PCP esté recibiendo pacientes nuevos. Para obtener información sobre cómo seleccionar o cambiar a otro PCP, visite nuestro sitio web en **kp.org/espanol** o llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Hospitales

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

Si no es una emergencia y necesita atención en un hospital, su PCP decidirá a qué hospital debe ir. Deberá ir a un hospital de nuestra red de proveedores de Medi-Cal. Para encontrar nuestros hospitales de la red de Medi-Cal, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Especialistas en salud de la mujer

Puede acudir a un especialista en salud de la mujer de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal para la atención cubierta necesaria a fin de que le brinde servicios de cuidados de rutina y atención preventiva para la mujer. No necesita una referencia ni autorización de su PCP para recibir estos servicios. Para ayudarla a encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hablar con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para recibir servicios de planificación familiar, su proveedor no tiene que ser parte de la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Puede elegir y acudir a cualquier



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

proveedor de Medi-Cal sin una referencia o aprobación previa (autorización previa). Si desea ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal fuera de nuestra red de proveedores de Medi-Cal, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Directorios de Proveedores de Medi-Cal

Los directorios de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal incluyen a los proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal. La red es el grupo de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente para proporcionar los servicios cubiertos de Medi-Cal.

Hay seis Directorios de proveedores de Medi-Cal en la región norte de California y seis Directorios de proveedores de Medi-Cal en la región sur de California. Cada Directorio de proveedores corresponde a una área específica donde brindamos servicios. Por ejemplo, si vive en el condado de Santa Clara, el directorio de South Bay y Península incluye los proveedores de la red de Medi-Cal de su condado.

La siguiente tabla puede ayudarle a decidir en qué Directorio de proveedores encontrará a los proveedores más cercanos a usted. Puede ver a cualquier proveedor de la red de Medi-Cal de Kaiser Permanente en el área de servicio de su Región Base.

Donde Vive en el Norte de California	Directorio de Proveedores de Medi-Cal que puede resultarle más útil
Condados de Sacramento, Amador, El Dorado, Placer, Sutter y Yuba	Área de Sacramento
Condados de San Francisco, Marin y Sonoma; y Códigos postales 94515 y 95476 del condado de Napa	Áreas de San Francisco, Marin y Sonoma
Este del condado de Contra Costa, y condados de Solano y Yolo;	Áreas de Diablo, Napa, Solano y Yolo



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Códigos postales 94505, 94514, 94550, 94551, 94566, 94568, 94586 y 94588 del condado de Alameda; y Condado de Napa, excepto los códigos postales 94515 y 95476	
Condados de San Mateo, Santa Clara y Santa Cruz	Áreas de South Bay y Península
Condados de Fresno, Kings, Madera, Mariposa, San Joaquin, Stanislaus y norte de Tulare; y los códigos postales 95377 y 95391 del condado de Alameda	Área del Centro de California

Donde vive en el Sur de California	Directorio de Proveedores de Medi-Cal que puede resultarle más útil
Condados de Riverside y San Bernardino; y los códigos postales 91711, 91759, 91766 y 91767 del condado de Los Angeles	Áreas de Inland Empire y Valle de Coachella
Condados de Kern, Ventura, norte del condado de Los Angeles y sur del condado de Tulare	Áreas del Condado de Kern, Área de los Valles y Oeste del Condado de Ventura
Centro del Condado de Los Angeles	Área de Los Angeles
Este y sur del condado de Los Angeles	Áreas de Baldwin Park, Bellflower y South Bay
Condado de Orange y los códigos postales 90623, 90630, 90631, 90637, 90638 y 90639 del condado de Los Angeles	Área del Condado de Orange
Condados de San Diego e Imperial	Áreas de San Diego e Imperial



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal incluye los siguientes tipos de proveedores que están en nuestra red de proveedores de Medi-Cal:

- hospitales,
- PCP,
- especialistas,
- enfermeros con práctica médica y enfermeras parteras,
- asistentes médicos,
- proveedores de planificación familiar,
- Centros de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Centers, “FQHC”), si están disponibles
- proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios,
- proveedores de servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, “LTSS”),
- Centros de Partos Independientes (Freestanding Birth Centers, “FBC”),
- Proveedores de Atención Médica Indígena (“IHCP”), y
- Clínicas de Salud Rural (“RHC”), si están disponibles,
- proveedores de Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, “ECM”),
- proveedores de Community Supports (“CS”),
- doulas.

Los directorios de Proveedores de Medi-Cal tienen los nombres, las especialidades, las direcciones, los números de teléfono, los horarios de atención y los idiomas que hablan los proveedores de la red de Kaiser Permanente Medi-Cal, y si los proveedores están aceptando nuevos pacientes. Los directorios de Proveedores también incluyen un número de teléfono para solicitar información sobre los profesionales clínicos de salud dentro de la red que proporcionan servicios de atención de afirmación de género necesarios desde el punto de vista médico. También proporcionan la accesibilidad física del edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandales, y baños con puertas anchas y barras de apoyo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para obtener más información sobre la educación, las acreditaciones profesionales, la finalización de la residencia, la capacitación y la certificación del Colegio de Médicos de un médico, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Puede encontrar los directorios de Proveedores y hacer búsquedas en línea en **kp.org/finddoctors** (en inglés). En el sitio web, vaya al enlace de Advanced Search (Búsqueda avanzada) y seleccione “Medi-Cal Managed Care” (“Atención Médica Administrada de Medi-Cal”) en el campo de Health Plan (Plan de salud) para asegurarse de que obtenga la lista de proveedores de Medi-Cal. Puede descargar una copia de cualquier directorio de Medi-Cal en: **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés).

Si necesita un Directorio de Proveedores impreso o desea solicitar un formato alternativo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en: **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés). También puede localizar una farmacia cerca de usted llamando a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presione **7** o **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Acceso oportuno a la atención

Su proveedor de la red de Medi-Cal debe proporcionarle acceso oportuno a la atención en función de sus necesidades de atención médica. Como mínimo, debe ofrecerle una cita en los plazos indicados en la siguiente tabla. Debemos autorizar un referido para recibir atención de un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red según estas normas de acceso oportuno.

Tipo de cita	Debería poder obtener una cita en el plazo de:
Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de atención de urgencia que requieren aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención médica primaria que no es de urgencia (de rutina)	10 días hábiles



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Tipo de cita	Debería poder obtener una cita en el plazo de:
Citas de atención especializada que no es de urgencia (de rutina), incluido un psiquiatra	15 días hábiles
Citas de atención que no es de urgencia (de rutina) con un proveedor de salud mental (no médico)	10 días hábiles
Citas de atención que no es de urgencia (de rutina) de seguimiento con un proveedor de salud mental (no médico)	10 días hábiles después de la última cita
Citas no urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) relacionados con el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	15 días hábiles
Otras normas de tiempo de espera	Debería poder conectarse en un lapso de:
Tiempos de espera telefónica de Servicio a los Miembros durante el horario de atención normal	10 minutos
Tiempos de espera telefónica de la Línea de Citas y Consejos	30 minutos

A veces, esperar más tiempo para una cita no es un problema. Su proveedor puede darle un tiempo de espera más largo si no es dañino para su salud. Debe decir en su registro que un mayor tiempo de espera no será dañino para su salud. Puede elegir esperar a una cita posterior o llamar a Kaiser Permanente para acudir a otro proveedor de su elección. Su proveedor debe respetar su deseo.

En función de sus necesidades, su médico puede recomendarle una programación específica para los servicios preventivos, atención de seguimiento para enfermedades crónicas o referencias permanentes a especialistas.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicio de interpretación

Infórmenos si necesita que le brindemos servicio de interpretación, incluida la lengua de señas, cuando nos llame o cuando reciba servicios cubiertos. El servicio de interpretación está disponible sin costo. Recomendamos ampliamente no recurrir a menores ni a familiares para que actúen como intérpretes. Para obtener más información sobre el servicio de interpretación que ofrecemos, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Si necesita servicio de interpretación, incluida la lengua de señas, en una farmacia de Medi-Cal Rx, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Tiempo de traslado o distancia para la atención médica

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

Si no podemos coordinar un proveedor de la red de Medi-Cal dentro de estos estándares de tiempo de traslado o distancia, es posible que el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) permita un estándar diferente, llamado estándar de acceso alternativo a la atención médica. Para conocer nuestros estándares de tiempo o distancia del lugar donde vive, visite **kp.org/espanol**. O llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor de Medi-Cal dentro de los estándares de tiempo de traslado o distancia para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo a la atención médica que podamos utilizar para su código postal.

Si necesita atención de un proveedor ubicado lejos de donde vive, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Pueden ayudarle a encontrar un proveedor de Medi-Cal más cerca de usted. Si no podemos encontrar atención para usted de un proveedor de Medi-Cal más cercano, puede solicitarnos que organicemos el



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

transporte para acudir a su proveedor, incluso si ese proveedor se encuentra lejos de donde vive.

Si necesita ayuda con proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presione **7** o **711**.

Citas

Cuando necesite atención médica:

- En el norte de California, llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para programar una cita.
- En el sur de California, llame al **1-833-574-2273** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- También puede programar algunos tipos de citas en línea en **kp.org/espanol**.
- Tenga su número de historia clínica de Kaiser Permanente (que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente) a la mano cuando llame.
- Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal, su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía a su cita.
- Solicite transporte para su cita, si es necesario.
- Solicite ayuda en su idioma o un intérprete, si es necesario, cuando programe su cita.
- Llegue a tiempo a su cita, llegue unos minutos antes para registrarse, completar formularios y responder cualquier pregunta que pueda tener su proveedor.
- Llame de inmediato si no puede ir a su cita o si llegará tarde.
- Tenga listas sus preguntas e información sobre los medicamentos.
- Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cómo llegar a su citas

Si no tiene cómo llegar o regresar de sus citas para los servicios cubiertos, podemos ayudarle a organizar el transporte. En función de su situación, puede calificar para el transporte médico o el transporte no médico. Estos servicios de transporte no son para emergencias y están disponibles sin costo.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda al hospital más cercano.

Diríjase a la sección “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros para obtener más información sobre los servicios de transporte disponibles para usted.

Cómo cancelar y reprogramar citas

Si no puede ir a su cita, llame al consultorio de su proveedor de inmediato. La mayoría de los proveedores requieren que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si falta a las citas en repetidas ocasiones, es posible que su proveedor deje de brindarle atención y tenga que buscar un nuevo proveedor de Medi-Cal.

Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de recibir servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor por teléfono, video u otros medios. O puede implicar compartir información con su proveedor sin tener una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios por medio de la telesalud. El objetivo de las consultas de telesalud es que le resulte más conveniente recibir los Servicios Cubiertos cuando un proveedor de la Red de Medi-Cal determine que son apropiados desde el punto de vista médico para su condición médica.

Es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué servicios puede obtener por medio de la telesalud. Es importante que usted y su proveedor acuerden que el uso de la telesalud para un servicio es adecuado para usted. Tiene derecho a recibir los servicios en persona. No tiene la obligación de usar la telesalud incluso si su proveedor acepta que es adecuada para usted.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Pago

Usted **no** tiene que pagar por los servicios cubiertos, a menos que tenga un costo mensual para residentes de la atención a largo plazo. Para obtener más información, lea “Para miembros con atención a largo plazo y un Costo Mensual para Residentes” en el Capítulo 2, “Acerca de su plan de salud”, de esta Guía para Miembros.

En la mayoría de los casos, no recibirá una factura de un proveedor. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta BIC de Medi-Cal y una identificación con fotografía cuando reciba cualquier servicio de atención para la salud o receta médica. Su tarjeta de identificación le indicará a sus médicos dónde enviar la factura. Es posible que reciba una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, “EOB”) de nuestra parte o un estado de cuenta de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Si recibe una factura por medicamentos recetados, llame a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presione **7** o **711**. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> (en inglés).

Indíquenos el importe que se le está cobrando, la fecha del servicio y el motivo de la factura. Le ayudaremos a determinar si la factura corresponde a un servicio cubierto o no. Usted no debe pagar a los proveedores ningún monto por servicios cubiertos que le corresponden a Kaiser Permanente.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) de nuestra parte antes de acudir a un proveedor de Medi-Cal fuera de la red, excepto cuando necesita:

- atención de emergencia
- Atención de urgencia fuera del área de servicio de su Región Base
 - Cuando esté dentro del Área de Servicio de su Región Base, debe tener una aprobación previa (autorización previa) para ir con un Proveedor de Medi-Cal fuera de la red para recibir atención de urgencia.

Si no obtiene la aprobación previa, es posible que deba pagar la atención de proveedores que están fuera de nuestra red de proveedores de Medi-Cal. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de atención sensible, consulte esos títulos en este capítulo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si necesita obtener servicios necesarios desde el punto de vista médico y que estén cubiertos por Medi-Cal, pero no están disponibles en la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal, los aprobaremos y le referiremos a un proveedor fuera de la red para que obtenga esos servicios. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios sensibles, consulte esos títulos en este capítulo.

Si recibe una factura o se le pide que pague un copago que cree que no tenía que pagar, puede presentar un formulario de reclamación ante nosotros. Deberá indicarnos por escrito el artículo o servicio que pagó. Leeremos su reclamación y decidiremos si puede recuperar su dinero.

Si tiene alguna pregunta o desea solicitar un formulario de reclamación, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). También puede obtener el formulario de reclamación en línea en **kp.org/espanol**.

Si recibe servicios en el sistema de Asuntos de Veteranos, o recibe servicios no cubiertos o no autorizados fuera de California, es posible que usted sea responsable del pago.

Referidos

Si necesita ver a un especialista que requiera una referencia, su PCP u otro especialista le dará una referencia para que acuda a uno. Un especialista es un proveedor que se centra en un tipo de servicio de atención para la salud. El médico que le refiere trabajará con usted para elegir un especialista. Para ayudar a garantizar que usted pueda consultar a un especialista de manera oportuna, el DHCS establece plazos para que los miembros obtengan citas. Estos plazos se indican en la sección “Acceso oportuno a la atención” previamente en este capítulo. El consultorio de su proveedor puede ayudarle a programar una cita con un especialista.

Otros servicios que pueden necesitar un referido son los procedimientos en el consultorio, las radiografías u otras imágenes diagnósticas y las pruebas de laboratorio.

Si tiene un problema de salud que necesita atención médica especial durante un largo tiempo, es posible que necesite una referencia permanente. Tener una referencia permanente significa que podrá acudir con el mismo especialista más de una vez, sin necesidad de obtener una referencia cada vez.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si tiene problemas para obtener un referido permanente o desea una copia de nuestra política de referidos, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

No necesita una referencia para lo siguiente:

- Consultas con el PCP.
- Consultas de Obstetricia y Ginecología (“OB/GYN”).
- Especialistas en Optometría.
- Atención de urgencia por parte de un proveedor de la red de Medi-Cal.
- Consultas de atención de emergencia.
- Servicios sensibles para adultos, como atención por agresión sexual.
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina de Servicio de Información y Referidos de Planificación Familiar al **1-800-942-1054**).
- Pruebas de VIH y asesoramiento (personas de 12 años en adelante).
- Servicios para infecciones de transmisión sexual (para personas de 12 años en adelante).
- Servicios quiroprácticos (es posible que se requiera una referencia cuando los proporcionen FQHC, RHC y IHCP fuera de la red).
- Evaluación inicial de salud mental.
- Los menores también pueden obtener ciertos tratamientos o asesoramiento de salud mental para pacientes ambulatorios, tratamiento para trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, “SUD”) y otros servicios sin el consentimiento de sus padres o tutor legal.

Para obtener más información, lea “Servicios con el consentimiento del menor” más adelante en este capítulo y “Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Referidos de la Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California

El tratamiento eficaz de los cánceres complejos depende de muchos factores. Entre ellos se encuentran el diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno por parte de expertos en cáncer. Si se le diagnostica un cáncer complejo, la nueva Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California le permite solicitar un referido de su médico para recibir tratamiento de cáncer en un centro oncológico designado por el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) dentro de la red, en un sitio afiliado al Programa Comunitario de Investigación Oncológica (Community Oncology Research Program, NCORP) del NCI o en un centro oncológico académico calificado.

Si no tenemos un centro oncológico designado por el NCI, un sitio afiliado al NCORP o un centro oncológico académico calificado en nuestra red de proveedores de Medi-Cal en su condado, puede solicitar un referido a un centro oncológico calificado fuera de la red en California. Para que se cubran los servicios en un centro fuera de la red, deben cumplirse todos los requisitos siguientes:

- Los servicios solicitados deben ser necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios necesarios desde el punto de vista médico deben estar disponibles en el centro oncológico.
- El centro oncológico debe aceptar nuestras condiciones de pago.

También puede solicitar una referencia a otro centro oncológico calificado de nuestra red.

Si le diagnosticaron cáncer, hable con su médico para averiguar si califica para los servicios de uno de estos centros oncológicos.

¿Ya quiere dejar de fumar? Para obtener información sobre los servicios en inglés, llame al 1-800-300-8086. En español, llame al 1-800-600-8191.

Para obtener más información, visite www.kickitca.org (en inglés).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Aprobación Previa (autorización previa)

Autorización previa en el Norte de California

Para los servicios mencionados en el título “Servicios que necesitan Aprobación Previa (Autorización Previa)” más adelante en este capítulo, su PCP o especialista necesitarán pedir permiso a The Permanente Medical Group antes de que le brinden la atención. A esto se le llama solicitud de aprobación previa o autorización previa. Significa que The Permanente Medical Group debe asegurarse de que la atención es necesaria desde el punto de vista médico (imprescindible).

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reducen el dolor intenso ocasionado por una enfermedad, lesión o problema de salud diagnosticado. Para los miembros menores de 21 años, los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen la atención necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Según la Sección 1367.01(h)(1) del Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code), The Permanente Medical Group tiene cinco días hábiles desde que recibe la información razonablemente necesaria para decidir (aprobar o denegar) las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

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

El personal clínico o médico, como médicos, enfermeros y farmacéuticos, revisan las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

No influimos de ningún modo en la decisión de los revisores de denegar o aprobar la cobertura o los servicios. Si The Permanente Medical Group no aprueba la solicitud, le enviaremos una carta de Notificación de Acción (Notice of Action, “NOA”). La NOA le dirá cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Autorización previa en el Sur de California

Para los servicios mencionados en el título “Servicios que necesitan Aprobación Previa (Autorización Previa)” más adelante en este capítulo, su PCP o especialista necesitarán pedir permiso al Southern California Permanente Medical Group antes de que le brinden la atención. A esto se le llama solicitud de autorización previa, aprobación previa o aprobación previa. Significa que el Southern California Permanente Medical Group debe asegurarse de que la atención es necesaria desde el punto de vista médico o imprescindible.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reducen el dolor intenso ocasionado por una enfermedad, lesión o problema de salud diagnosticado. Para los Miembros menores de 21 años, los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen la atención necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Según la Sección 1367.01(h)(1) del Código de Seguridad y Salud, el Southern California Permanente Medical Group tiene 5 días hábiles desde que recibe la información razonablemente necesaria para decidir (aprobar o denegar) las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

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

El personal clínico o médico, como médicos, enfermeros y farmacéuticos, revisan las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

No influimos de ningún modo en las decisiones de los revisores de denegar o aprobar la cobertura o los servicios. Si el Southern California Permanente Medical Group no aprueba su solicitud, le enviaremos una carta de Notificación de Acción (“NOA”). La NOA le dirá cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Servicios que necesitan Aprobación Previa (Autorización Previa)

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

- servicios de acupuntura cuando necesite más de dos consultas por mes
- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, “CBAS”)
- anestesia dental
- equipo médico duradero
- atención médica a domicilio
- Suministros para ostomía y urología
- prótesis y dispositivos ortopédicos
- servicios que no están disponibles a través de proveedores de la red de Medi-Cal
- trasplantes
- transporte médico cuando no se trata de una emergencia

La atención de emergencia, incluidos los servicios de ambulancia de emergencia, no requieren aprobación previa (autorización previa).

Nunca necesitará una aprobación previa (autorización previa) para la atención de emergencia, incluso si está fuera de la red de proveedores de Medi-Cal o fuera del área de servicio de su Región Base. Lo anterior incluye el trabajo de parto y el parto si está embarazada. No necesita aprobación previa (autorización previa) para ciertos servicios de atención sensible. Para obtener más información sobre los servicios de atención sensible, lea la sección “Atención sensible” más adelante en este capítulo.

Para ver la lista completa de servicios que requieren aprobación previa y los criterios que se utilizan para tomar decisiones sobre autorizaciones, visite nuestro sitio web en **kp.org/UM** (en inglés) o llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Segundas opiniones

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

Pagaremos una segunda opinión si usted o su proveedor de la red de Medi-Cal la solicita y obtiene una segunda opinión de un proveedor de la red de Medi-Cal. No es necesario solicitar nuestra autorización para obtener una segunda opinión de un proveedor de la red de Medi-Cal. Su proveedor de la Red de Medi-Cal puede ayudarle a obtener un referido para una segunda opinión si es necesario.

Para obtener una segunda opinión, llame a su PCP. Su PCP puede referirle a un proveedor de la red de Medi-Cal que sea un profesional médico calificado adecuadamente para su condición médica a fin de pedirle una segunda opinión. También puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**) para que le ayudemos a obtener un referido para una segunda opinión, si la desea.

Si no hay ningún proveedor de la red de Medi-Cal calificado para dar una segunda opinión, nuestro Servicio a los Miembros le ayudará a obtener una opinión con un proveedor fuera de la red. Si le referimos a un Proveedor fuera de la red para una segunda opinión, pagaremos por la segunda opinión. Le diremos dentro de los cinco días hábiles siguientes si aprobamos al proveedor que eligió para obtener una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica, grave o severa, o se enfrenta a una amenaza inmediata y grave para su salud, que incluye, entre otros, la pérdida de la vida, extremidades o una parte importante del cuerpo o función del organismo, se lo comunicaremos por escrito en un plazo de 72 horas.

Si rechazamos su solicitud para obtener una segunda opinión, puede presentar una queja formal. Para obtener más información sobre las quejas formales, consulte la sección “Quejas” en el Capítulo 6, “Cómo reportar y solucionar problemas”, de esta Guía para Miembros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Atención delicada

Servicios con consentimiento del menor

Si es menor de 18 años, no necesita el permiso de su padre, madre o tutor legal para obtener ciertos servicios de atención médica y puede recibirlos de forma confidencial. Esto significa que si obtiene estos servicios, no notificaremos ni nos comunicaremos con su padre, madre o tutor legal sin su permiso por escrito. Estos servicios se llaman servicios con consentimiento del menor.

Puede recibir los siguientes servicios a cualquier edad sin contar con el permiso de sus padres o tutor legal:

- servicios para casos de agresión sexual;
- embarazo y servicios relacionados con el embarazo, incluidos los servicios de aborto;
- servicios de planificación familiar, como métodos anticonceptivos (p. ej., control de la natalidad).

Si tiene **12 años o más**, además de los servicios mencionados anteriormente, también puede recibir los siguientes servicios sin el permiso de sus padres o tutor legal:

- Tratamiento o asesoramiento de salud mental para pacientes ambulatorios. Esto dependerá de su madurez y capacidad para participar en su atención médica, según lo determine un profesional.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones o enfermedades contagiosas, incluido el VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (“ITS”), como sífilis, gonorrea, clamidia y herpes simple.
- Servicios para víctimas de violencia de pareja íntima.
- Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”) para el abuso de las drogas y el alcohol, incluidos servicios de detección, evaluación, intervención y referidos.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Puede obtener servicios con consentimiento del menor por parte de cualquier proveedor o clínica de Medi-Cal. Los proveedores no tienen que estar en nuestra red de Proveedores de Medi-Cal. Tampoco necesita un referido de su PCP ni una aprobación previa (autorización previa).

Si utiliza un proveedor fuera de la red para servicios **no** relacionados con la atención sensible, es posible que no estén cubiertos.

Para encontrar un proveedor de Medi-Cal fuera de nuestra red de Medi-Cal que ofrezca servicios con consentimiento del menor o para solicitar ayuda con el transporte para llegar al proveedor, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Para obtener más información sobre los servicios de anticoncepción, lea “Servicios preventivos y para el bienestar, y control de enfermedades crónicas” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

No cubrimos los servicios con consentimiento del menor que correspondan a los servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, “SMHS”) ni la mayoría de los servicios para SUD. El condado donde usted vive cubre estos servicios. Para obtener más información, incluido cómo acceder a estos servicios, consulte las secciones “Servicios especializados de salud mental (SMHS)” y “Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios” de esta Guía para Miembros.

Para obtener más información, llame al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Para obtener una lista de los números de teléfono gratuitos de SMHS de todos los condados, visite: <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).

Para obtener una lista de los números de teléfono gratuitos de los servicios de tratamiento para SUD de todos los condados, visite: https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx (en inglés).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Los menores pueden hablar en privado con un representante acerca de sus inquietudes de salud llamando a la línea de consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana al:

Región Base	Número para consejos
<i>Norte de California</i>	1-866-454-8855 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<i>Sur de California</i>	1-833-574-2273 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana

También puede pedir que le proporcionen información privada sobre sus servicios médicos en una forma o formato determinados, si está disponible. Puede solicitar que la envíen a otro lugar.

Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles, consulte el “Aviso sobre prácticas de privacidad” en el Capítulo 7, “Derechos y responsabilidades”, de esta Guía para Miembros.

Servicios de atención sensible para adultos

Si usted es un adulto mayor de 18 años, no tiene que acudir a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. Puede elegir cualquier médico o clínica para estos tipos de atención:

- Planificación familiar y anticoncepción. Para adultos mayores de 21 años, estos servicios incluyen la esterilización.
- Asesoramiento y pruebas de embarazo, y otros servicios relacionados con el embarazo.
- Prevención, pruebas y tratamiento del VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual.
- Atención en caso de agresión sexual.
- Servicios de aborto para pacientes ambulatorias.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para recibir servicios de atención sensible para adultos, su proveedor no tiene que estar en una red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal para recibir estos servicios sin un referido o aprobación previa (autorización previa) de nuestra parte. Si obtiene atención no incluida aquí como atención sensible de parte de un proveedor de Medi-Cal fuera de la red, es posible que tenga que pagarla si no tiene un referido o autorización previa.

Si necesita ayuda para encontrar un médico o una clínica para estos servicios o si necesita ayuda para obtener estos servicios (incluido el transporte), llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. O llame al número de la línea de consejos que se muestra en su tarjeta de identificación del plan de salud y hable con un profesional de la salud autorizado al:

Región Base	Número para consejos
Norte de California	1-866-454-8855 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Sur de California	1-833-574-2273 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana

No daremos información sobre sus servicios de atención sensible al titular de la póliza o suscriptor principal de su plan de Kaiser Permanente, ni a ningún afiliado de Kaiser Permanente, sin su permiso por escrito. Puede obtener información privada sobre sus servicios médicos en una forma o formato determinados, si está disponible, y solicitar que la envíen a otro lugar.

Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles, consulte el “Aviso sobre prácticas de privacidad” en el Capítulo 7, “Derechos y responsabilidades”, de esta Guía para Miembros.

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral para algunos Servicios Cubiertos. Tienen el derecho de **no** ofrecer algunos Servicios Cubiertos si no están de acuerdo moralmente con dichos servicios. Estos servicios siguen estando disponibles para usted a través de otro proveedor. Si su proveedor tiene una objeción moral, le ayudará a buscar otro proveedor de los servicios que usted necesita. Nosotros también podemos ayudarle



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

a encontrar un proveedor. Si necesita ayuda para obtener una referencia para otro proveedor, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Algunos hospitales y proveedores no proporcionan uno o más de estos servicios aunque estén cubiertos por Medi-Cal:

- planificación familiar
- servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia
- esterilización, incluida la ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y parto
- tratamientos para la infertilidad
- aborto

Para asegurarse de elegir a un proveedor que pueda darle la atención que usted y su familia necesitan, llame al médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica que desee. Pregunte si el proveedor puede y va a proporcionar los servicios que necesita. O llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Estos servicios están disponibles para usted. Nos aseguraremos de que usted y los miembros de su familia puedan acudir a proveedores (médicos, hospitales y clínicas) que le proporcionen la atención que necesita para los servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** es para una emergencia o una condición potencialmente mortal. Es para los servicios que necesita para prevenir daños graves a su salud debido a una enfermedad repentina, lesión o complicación de una afección que ya padece. La mayoría de las citas de atención de urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa). Si solicita una cita de atención de urgencia, obtendrá una cita en un plazo de 48 horas. Si los servicios de atención de urgencia que necesita requieren una aprobación previa (autorización previa), obtendrá una cita en un plazo de 96 horas después de que realice la solicitud.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para recibir atención de urgencia, llame a la Línea de Citas y Consejos de su Región Base:

Región Base	Número para citas y consejos
<i>Norte de California</i>	1-866-454-8855 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<i>Sur de California</i>	1-833-574-2273 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Las necesidades de atención de urgencia podrían ser:

- un resfriado común
- dolor de garganta
- fiebre
- dolor de oído
- esguince
- servicios de maternidad

Cuando esté dentro del área de servicio de su Región Base y necesite atención de urgencia, deberá recibir los servicios de atención de urgencia de un proveedor de la red de Medi-Cal. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia por parte de los proveedores de la red de Medi-Cal dentro del área de servicio de su Región Base. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de urgencia de la red de Medi-Cal, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)** o visite **kp.org/espanol**.

Si está fuera del área de servicio de su Región Base, pero dentro de los Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para obtener atención de urgencia. Vaya al centro de atención de urgencia más cercano.

Medi-Cal no cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita atención de urgencia, no cubriremos su atención.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si necesita atención de salud mental urgente o servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias, llame al programa de salud mental o trastornos por abuso de sustancias de su condado, o a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Llame al programa de salud mental o trastornos por abuso de sustancias de su condado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo de los condados, visite: <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx> (en inglés).

Si recibe medicinas como parte de su consulta cubierta de atención de urgencia mientras está allí, nosotros las cubriremos como parte de su consulta cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le da una receta médica que tiene que llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

No cubrimos la atención de seguimiento de proveedores de Medi-Cal fuera de la red después de que ya no necesite atención de urgencia, a excepción del equipo médico duradero cubierto. Una vez que se haya resuelto su problema de atención de urgencia, debe visitar a un proveedor de la Red de Medi-Cal para recibir la atención de seguimiento necesaria. Si necesita equipo médico duradero (durable medical equipment, “DME”) relacionado con su atención de urgencia, su Proveedor de Medi-Cal fuera de la red debe obtener nuestra aprobación previa (autorización previa).

Atención de emergencia

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Para la atención de emergencia, **no** necesita nuestra aprobación previa (autorización previa).

Dentro de los Estados Unidos (incluidos los territorios como Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos), tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro centro para recibir atención de emergencia.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, solo está cubierta la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México. La atención de emergencia y otro tipo de atención no tienen cobertura en otros países.

La atención de emergencia es para condiciones médicas que pongan en riesgo su vida. Esta atención es para una enfermedad o lesión que una persona prudente (razonable)



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

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

común (no un profesional de la salud) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que, si no recibe atención de inmediato, pondría su salud (o la salud de su bebé por nacer) en grave peligro. Esto incluye el riesgo de daño grave para las funciones de su cuerpo, órganos o partes del cuerpo.

Algunos ejemplos pueden incluir:

- trabajo de parto activo
- huesos fracturados
- dolor intenso
- dolor de pecho
- dificultad para respirar
- quemadura grave
- sobredosis por drogas
- desmayos
- hemorragia grave
- trastornos psiquiátricos de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas

No vaya a la sala de emergencias (Emergency Room, ER) para recibir cuidados de rutina o atención que no necesite de inmediato. Debe recibir cuidados de rutina de su PCP, que es quien lo conoce mejor. No es necesario que consulte a su PCP o a nosotros antes de ir a la ER. Sin embargo, si no tiene certeza de si su afección médica es una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar a la línea de consejos que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud y hablar con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Región Base	Número para citas y consejos
Norte de California	1-866-454-8855 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Sur de California	1-833-574-2273 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Si necesita atención de emergencia fuera del área de servicio de la Región Base de Kaiser Permanente, vaya a la ER del hospital más cercano, incluso si no pertenece a la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. Si va a una ER, pídale que nos llamen. Usted o el hospital que le admita deberán llamar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas contadas a partir de que haya recibido atención de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos a países que no sean Canadá o México, y necesita atención de emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**.

Si necesita atención en un hospital fuera de la red después de su emergencia (atención de postestabilización), el hospital llamará a Kaiser Permanente.

Si usted o alguien que conoce está en crisis, por favor, comuníquese con la Línea **988** de Prevención del Suicidio y Crisis. **Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o use el chat en línea en 988lifeline.org/chat** (en inglés). La Línea **988** de Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo gratuito y confidencial a cualquier persona en crisis. Esto incluye a las personas con angustia emocional y a las que necesitan apoyo en caso de crisis suicida, de salud mental o por consumo de sustancias.

Recuerde: No llame al **911** a menos que crea razonablemente que se trata de una emergencia médica. Obtenga atención de emergencia solo para una emergencia, no para cuidados de rutina o para una enfermedad leve, como un resfriado común o un dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Atención de Postestabilización

La atención de postestabilización son los servicios necesarios desde el punto de vista médico (incluidos los de la ER) que recibe después de que el médico que le esté tratando considere que su condición médica de emergencia está clínicamente estable. La atención de postestabilización también incluye equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, “DME”) solo cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

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

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

Cubrimos la atención de postestabilización mediante un proveedor Fuera de la Red solo si proporcionamos una aprobación previa o si la ley correspondiente así lo exige. El proveedor que le esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de postestabilización.

Para solicitar la aprobación previa para que reciba atención de postestabilización de un proveedor Fuera de la Red, el proveedor debe llamarnos al **1-800-225-8883 (TTY 711)**. También puede llamarnos al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

Cuando el proveedor nos llame, hablaremos con el médico que le esté tratando por su problema de salud. Si determinamos que necesita atención de postestabilización, autorizaremos los Servicios Cubiertos. En algunos casos, es posible que dispongamos que un proveedor de la red de Medi-Cal preste la atención.

Si decidimos que un hospital de la red, un centro de enfermería especializada u otro proveedor proporcione la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para llevarle hasta el proveedor.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Esto puede incluir servicios especiales de transporte para los que normalmente no ofreceríamos cobertura.

Debe preguntar al proveedor qué atención (incluido el transporte) autorizamos. Cubrimos solo los servicios o el transporte correspondiente que autorizamos. Si pide y recibe servicios que no tienen cobertura, es posible que no le pagemos los servicios al proveedor.

La Línea de Citas y Consejos le brinda información y consejos médicos gratuitos las 24 horas del día, todos los días del año. En el norte de California, llame al 1-866-454-8855 (TTY 711). En el sur de California, llame al 1-833-574-2273 (TTY 711).

Citas y Consejos

A veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Tenemos profesionales de la salud autorizados disponibles para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Puede hacer lo siguiente:

- Hablar con un profesional de atención médica que responderá preguntas médicas, le dará consejos sobre la atención y le ayudará a decidir si debe acudir a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas como diabetes o asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser adecuado para su afección.
- Obtener ayuda sobre qué hacer si necesita atención y un centro de atención del plan está cerrado o si se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base.

Puede comunicarse con uno de los profesionales de la salud autorizados llamando al número que aparece a continuación para su Región Base. Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Región Base	Número para citas y consejos
<i>Norte de California</i>	1-866-454-8855 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<i>Sur de California</i>	1-833-574-2273 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Instrucciones anticipadas de atención médica

Una instrucción anticipada de atención médica, o instrucción anticipada, es un documento legal. Puede indicar en el formulario la atención médica que desea en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones más adelante. También puede indicar la atención médica que **no** desea recibir. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome las decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas.

Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas en los centros de atención del plan de Kaiser Permanente sin costo para usted. También puede encontrar un formulario en farmacias, hospitales, despachos de abogados y consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar el formulario si no lo obtiene con nosotros. También puede descargarlo gratis en línea en **kp.org/espanol**. Puede pedirle ayuda a su familia, su PCP o a alguien en quien confíe para llenar el formulario.

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

Tiene derecho a conocer los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. Kaiser Permanente le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días después de que se realice el cambio.

Para obtener más información, puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Donación de órganos y de tejidos

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

4. Beneficios y servicios

Qué beneficios y servicios cubre su plan de salud

Este capítulo explica los beneficios y servicios cubiertos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Los servicios cubiertos son gratuitos siempre y cuando sean necesarios desde el punto de vista médico y se proporcionen de acuerdo con las reglas descritas en esta Guía para Miembros. La mayoría de los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de la red de Medi-Cal. En algunos casos, es posible que cubramos los servicios necesarios desde el punto de vista médico brindados por un proveedor fuera de la red. Debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si la atención está fuera de la red, excepto para:

- algunos servicios sensibles,
- atención de emergencia, y
- atención de urgencia fuera del área de servicio de su Región Base.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reducen el dolor intenso ocasionado por una enfermedad, lesión o problema de salud diagnosticado. Para los miembros menores de 21 años, los servicios incluyen la atención necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Los miembros menores de 21 años obtienen beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, lea el Capítulo 5, “Bienestar de niños y jóvenes”, de esta Guía para Miembros.

Los siguientes son ejemplos de los Servicios Cubiertos:

- Servicios para pacientes ambulatorios



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Servicios elegibles para California Children's Services (CSS) bajo el programa Whole Child Model en algunos condados
- Atención de Emergencia, incluidos los servicios de ambulancia de emergencia
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Hospitalización
- Servicios de investigación
- Servicios de laboratorio y radiología, como radiografías
- Servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, "LTSS")
- Cuidados de maternidad y del recién nacido
- Servicio de salud mental para trastornos de leves a moderados
- Transporte médico en casos que no sean de emergencia (non-emergency medical transportation, "NEMT")
- Transporte no médico (non-medical transportation, "NMT")
- Servicios pediátricos
- Servicios preventivos y para el bienestar, y control de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)
- Cirugía reconstructiva
- Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de telesalud a través de los proveedores de la red de Medi-Cal de Kaiser Permanente
- Servicios para la vista

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

Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y el Departamento de Servicios de



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS), y como se indique en esta Guía para Miembros y cualquier otra enmienda.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reducen el dolor intenso ocasionado por una enfermedad, lesión o problema de salud diagnosticado.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen los servicios que son necesarios para el crecimiento y desarrollo apropiado para la edad, o para obtener, mantener o recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años de edad, un servicio es necesario desde el punto de vista médico si es necesario para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales de acuerdo con el beneficio del programa Medi-Cal for Kids and Teens (también conocido como Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico [Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, "EPSDT"]). Esto incluye la atención que es necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental, o evitar que empeore la afección del miembro.

Los servicios necesarios desde el punto de vista médico no incluyen:

- **tratamientos no probados o que aún se están probando**
- **servicios o artículos que por lo general no se aceptan como eficaces**
- **servicios fuera del curso y longitud normales de un tratamiento o servicios sin pautas clínicas**
- **servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor**

Nos coordinaremos con otros programas para asegurarnos de que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Los servicios necesario desde el punto de vista médico incluyen los Servicios Cubiertos que son razonables y necesarios para:

- proteger la vida,
- prevenir una enfermedad importante o una discapacidad importante,
- aliviar el dolor intenso,
- lograr un crecimiento y desarrollo apropiado para la edad, u
- obtener, mantener y recuperar la capacidad funcional

Para los miembros menores de 21 años de edad, los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen todos los servicios cubiertos, identificados anteriormente, y cualquier otra atención médica, pruebas de detección, vacunas, servicios de diagnóstico, tratamientos y medidas necesarios para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales que requiere el beneficio Medi-Cal for Kids and Teens. Este beneficio se conoce como el beneficio Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (“EPSDT”) según la ley federal.

Medi-Cal for Kids and Teens brinda servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de edad inscritos. Medi-Cal for Kids and Teens cubre más servicios que los que se ofrecen a los adultos. Está diseñado para garantizar que los niños obtengan detección temprana y atención para prevenir o diagnosticar y tratar problemas de salud lo antes posible. El objetivo de Medi-Cal for Kids and Teens es garantizar que cada niño reciba la atención médica que necesita cuando la necesite: la atención adecuada para el niño adecuado, en el momento adecuado y en el entorno adecuado.

Nos coordinaremos con otros programas para asegurarnos de que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, incluso si otros programas cubren esos servicios y nosotros no. Consulte “Otros programas y servicios de Medi-Cal” más adelante en este capítulo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Kaiser Permanente

Servicios para pacientes ambulatorios

Vacunas para adultos

Puede obtener las vacunas para adultos de un proveedor de la red de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa) cuando son un servicio preventivo. Cubrimos las vacunas que el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, “ACIP”) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, “CDC”) recomienda como servicios preventivos, incluidas las vacunas que necesita para viajar. Para obtener información sobre las vacunas para niños, consulte el Capítulo 5, “Bienestar de niños y jóvenes”, de esta Guía para Miembros.

También puede obtener algunos servicios de vacunas para adultos en una farmacia a través de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo.

Atención de alergias

Cubrimos las pruebas y el tratamiento para las alergias, incluidas la desensibilización, hiposensibilización o inmunoterapia contra las alergias.

Servicios de un anestesiólogo

Cubrimos los servicios de anestesia que son necesarios desde el punto de vista médico cuando recibe atención ambulatoria. Es posible que esto incluya la anestesia para procedimientos dentales cuando la proporciona un anestesiólogo que puede requerir aprobación previa (autorización previa).

Respecto a los procedimientos dentales, cubrimos los siguientes servicios cuando los autorizamos:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

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

Servicios quiroprácticos

Cubrimos servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual. Los adultos mayores de 21 años, con un diagnóstico admisible, pueden obtener hasta dos consultas por mes sin autorización previa. Se pueden aprobar consultas adicionales cuando sean necesarias desde el punto de vista médico. Los límites no se aplican a los Miembros menores de 21 años.

Servicios quiroprácticos de los proveedores de la red American Specialty Health

Trabajamos con American Specialty Health para planificar servicios quiroprácticos para los siguientes miembros:

- niños menores de 21 años
- miembros embarazadas hasta 60 días después del final del embarazo
- residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de atención intermedia o un centro de atención subaguda

Para obtener más información sobre los servicios quiroprácticos, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133** (TTY 711).

Servicios quiroprácticos de centros de atención del condado, Centros de Salud con Calificación Federal (“FQHC”) o Clínicas de Salud Rurales (Rural Health Clinics, “RHC”)

Medi-Cal puede cubrir servicios quiroprácticos para Miembros de todas las edades cuando se reciben en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, clínicas para pacientes ambulatorios del condado, FQHC o RHC que están en la red de Kaiser Permanente. Es posible que los FQHC y las RHC requieran un referido para brindar los servicios. No todos los centros de atención del condado, FQHC o RHC ofrecen



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Evaluaciones de salud cognitiva

Cubrimos una evaluación de salud cognitiva anual para los miembros de 65 años o más, que no califican de otra manera para una evaluación similar como parte de una visita para el bienestar anual bajo el programa de Medicare. Una evaluación de salud cognitiva busca señales de Alzheimer o demencia.

Servicios de Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW)

Cubrimos los servicios de los trabajadores de salud comunitaria (Community Health Worker, CHW) para las personas cuando un médico u otro profesional médico certificado los recomienda para prevenir enfermedades, incapacidades y otras condiciones de salud o su avance, prolongar la vida y promover la salud física y mental y su eficiencia. Los servicios de los CHW no tienen límites de ubicación, y los miembros pueden recibir los servicios en entornos como la sala de emergencias. Los servicios pueden incluir:

- educación para la salud y apoyo o defensa individual, incluidos el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; trastornos del comportamiento y condiciones de salud perinatales y orales; y prevención de la violencia o de lesiones
- promoción y asesoramiento de la salud, incluido el establecimiento de objetivos y la creación de planes de acción para abordar la prevención y el manejo de enfermedades
- navegación relacionada con la salud, que incluye proporcionar información, capacitación y apoyo para ayudar a obtener atención médica y recursos comunitarios
- servicios de detección y evaluación que no requieren licencia, y ayuda para conectar al miembro con servicios que mejoren su salud

Los servicios de prevención de la violencia de los CHW están disponibles para los miembros que cumplan alguna de las siguientes circunstancias, según lo determine un profesional médico autorizado:

- El miembro ha sufrido lesiones violentas como resultado de la violencia comunitaria.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- El miembro corre un riesgo significativo de sufrir lesiones violentas como resultado de la violencia comunitaria.
- El miembro ha estado expuesto de forma crónica a la violencia comunitaria.

Los servicios de prevención de la violencia de los CHW son específicos para la violencia comunitaria (p. ej., violencia de pandillas). Los servicios de los CHW pueden proporcionarse a los miembros que sufren violencia interpersonal o doméstica a través de otras vías, con formación o experiencia específica para esas necesidades.

Servicios de diálisis y hemodiálisis

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

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

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

Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios

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

Servicios médicos

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

Servicios de podología (para los pies)

Cubrimos servicios de podología según sean necesarios desde el punto de vista médico para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctrico del pie humano. Esto incluye el tratamiento del tobillo y de los tendones conectados al pie. También incluye el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Terapias de tratamiento

Cubrimos diferentes terapias de tratamiento, que incluyen las siguientes:

- quimioterapia
- radioterapia

Cuidados de maternidad y del recién nacido

Cubrimos estos servicios de maternidad y cuidado del recién nacido:

Servicios del centro de partos

Cubrimos servicios en los centros de partos que son proveedores del Comprehensive Perinatal Services Program (“CPSP”) aprobados por Medi-Cal. Los servicios de los centros de partos son una alternativa a los cuidados de maternidad hospitalarios para mujeres con embarazos de bajo riesgo. Si quiere tener a su bebé en uno de estos centros y desea saber si reúne los requisitos, consulte a su médico.

Extractores de leche y suministros

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

Educación sobre la lactancia materna y apoyo

Cubrimos el apoyo integral con la lactancia.

coordinación de la atención

Brindamos servicios de coordinación de la atención durante la maternidad y para el cuidado del recién nacido.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Asesoramiento

Brindamos servicios de asesoramiento a personas embarazadas y en período posparto antes, durante y después del parto por medio de profesionales de la salud certificados.

Parto y atención posparto

Cubrimos los servicios en el hospital y la atención posparto.

Diagnóstico de trastornos genéticos fetales y asesoramiento

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

Servicios de doula

Cubrimos los servicios de doula que proporcionan las proveedoras de doulas de la red de Medi-Cal durante el embarazo del miembro; durante el trabajo de parto y el parto, lo cual incluye la muerte fetal, el aborto espontáneo y el aborto, y en el plazo de un año desde el final del embarazo del miembro. Medi-Cal no cubre todos los servicios de una doula.

Los servicios de doula no incluyen la determinación de afecciones médicas, el consejo médico ni ningún tipo de evaluación clínica, examen o procedimiento.

Los siguientes servicios de Medi-Cal no forman parte del beneficio de doula:

- servicios para la salud del comportamiento
- vendaje abdominal después de una cesárea realizado por un profesional clínico de salud
- coordinación de casos clínicos
- clases grupales de educación sobre el parto
- educación integral para la salud, incluidas la orientación, evaluación y planificación (servicios del programa Comprehensive Perinatal Services)
- servicios de atención para la salud relacionados con el embarazo, el nacimiento y el período posparto



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **[kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol)**.

- hipnoterapia (servicio de salud mental no especializado [non-specialty mental health service, “NSMHS”])
- asesoría, clases grupales y suministros de lactancia
- servicios de apoyo comunitario necesarios desde el punto de vista médico
- servicios de nutrición (evaluación, asesoramiento y desarrollo de planes de atención)
- transporte

Si un miembro necesita o desea servicios de doula o relacionados con el embarazo que **no** están cubiertos, el miembro o la doula pueden solicitar la atención. Llame al PCP del miembro o a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Las proveedoras de doulas son trabajadoras del parto que proporcionan educación para la salud, defensa y apoyo físico, emocional y no médico a las personas embarazadas y en período posparto antes, durante y después del parto, lo cual incluye apoyo durante la muerte fetal, el aborto espontáneo y el aborto.

Cualquier miembro embarazada o en periodo posparto puede recibir los siguientes servicios de una proveedora de doulas de la red de Medi-Cal:

- Una visita inicial.
- Hasta ocho visitas adicionales que pueden ser una mezcla de visitas prenatales y posparto.
- Apoyo durante el trabajo de parto y parto (incluidos el trabajo de parto y parto con resultado de muerte fetal), el aborto o el aborto espontáneo.
- Hasta dos visitas posparto ampliadas a tres horas después del final del embarazo.
- Las miembros pueden recibir hasta 9 visitas posparto adicionales con una recomendación por escrito adicional de un médico u otro profesional médico autorizado.

Cualquier miembro embarazada o en periodo posparto que desee servicios de doula puede encontrar una doula llamando a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si no está disponible un proveedor de doula de la red de Medi-Cal, debemos coordinar el acceso fuera de la red a los servicios de doula para las miembros.

Cobertura posparto extendida

Ofrecemos cobertura completa hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de los cambios en los ingresos o la forma en que finalice el embarazo.

Servicios de salud mental materna

Si presenta un trastorno de salud mental durante el embarazo o el período posparto, cubriremos los servicios de salud mental que necesite, según se describe en la sección “Servicios de salud mental” de este capítulo.

Cuidado del recién nacido

Los recién nacidos son bebés de 0 a 2 meses de edad. Si la madre es miembro de Medi-Cal en el momento del nacimiento, cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico conforme a la cobertura para recién nacidos de Medi-Cal de la madre. Es importante inscribir a su recién nacido en Medi-Cal para que su recién nacido pueda tener su propia cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información sobre cómo inscribir a su recién nacido en Medi-Cal, llame a la oficina de su condado.

Educación de nutrición

Brindamos educación de nutrición a las madres por medio de profesionales de la salud certificados.

Atención prenatal, en el parto y posparto

Cubrimos una serie de exámenes de atención prenatal realizados por una enfermera partera certificada (certified nurse midwife, “CNM”), una enfermera partera con licencia (licensed midwife, “LM”) o un médico, según las preferencias de la miembro y lo que sea mejor para ella desde el punto de vista médico.

Evaluaciones y referidos sociales y de salud mental

Brindamos evaluaciones sociales y de salud mental sin necesidad de una aprobación previa. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental, consulte



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

“Servicios de Salud Mental” en el Capítulo 4, “Beneficios y Servicios”, de esta Guía para Miembros.

Suplementos de vitaminas y minerales

Los medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios relacionados con los servicios de cuidados de maternidad y del recién nacido están cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Servicios de salud mental

Evaluaciones de salud mental

No necesita un referido ni una aprobación previa para obtener una evaluación inicial de salud mental por medio de un proveedor de la red de Medi-Cal o de un proveedor del plan de salud mental del condado. Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento por parte de un proveedor de salud mental autorizado que sea un proveedor calificado de Medi-Cal. Puede consultar nuestras listas de proveedores en línea en **kp.org/finddoctors** (haga clic en “Español”) para encontrar un proveedor de salud mental en nuestra red o llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Cubriremos los servicios de prevención, detección, evaluación y tratamiento para trastornos de salud mental de leves a moderados que se le puedan proporcionar antes de que reciba un diagnóstico formal relacionado con su salud mental.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios para trastornos leves a moderados

Cubrimos las evaluaciones iniciales de salud mental sin necesidad de aprobación previa (autorización previa). Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento de un proveedor de salud mental autorizado de la red de proveedores de Medi-Cal sin un referido.

Su PCP o proveedor de salud mental podría referirle a un especialista de la red de proveedores de Medi-Cal para que le haga más evaluaciones de salud mental y decida



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

el nivel de atención que necesita. Si los resultados de su evaluación detectan que usted tiene una disfunción leve o moderada debido a un trastorno de salud mental, podemos proporcionarle servicios de salud mental.

Cubrimos servicios de salud mental como:

- Evaluación y tratamiento de salud mental (psicoterapia) individuales y grupales.
- Pruebas psicológicas, cuando sean necesarias clínicamente, para evaluar un trastorno de salud mental.
- El desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas.
- Servicios para pacientes ambulatorios para monitorear la farmacoterapia.

Medicinas para pacientes ambulatorios que no estén ya cubiertas por la Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal Rx (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> [en inglés]), suministros y suplementos. Consultas psiquiátricas.

Terapia familiar cuando es necesaria desde el punto de vista médico e incluye al menos a dos miembros de la familia. Algunos ejemplos de terapia familiar incluyen, entre otros:

- psicoterapia para padre/madre-hijo (de 0 a 5 años de edad);
- terapia interactiva para padre/madre-hijo (de 2 a 12 años de edad);
- terapia de pareja cognitivo-conductual (adultos).

Si el tratamiento que necesita para un trastorno de salud mental no está disponible en nuestra red de proveedores de Medi-Cal, o su PCP o proveedor de salud mental no puede proporcionarle la atención que necesita en el tiempo indicado anteriormente en “Acceso oportuno a la atención”, cubriremos y le ayudaremos a obtener los servicios fuera de la red.

Si su evaluación de salud mental muestra que usted puede tener un mayor nivel de disfunción y necesita servicios especializados de salud mental (“SMHS”), su PCP o proveedor de salud mental puede referirle al plan de salud mental del condado para obtener la atención que necesita. Le ayudaremos a coordinar su primera cita con un proveedor del plan de salud mental del condado para que elija la atención adecuada para usted. Para obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Los medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios relacionados con los servicios de salud mental están cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Si usted o alguien que conoce está en crisis, comuníquese con la Línea **988** de Prevención del Suicidio y Crisis. **Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o use el chat en línea en 988lifeline.org/chat** (en inglés). La Línea **988** de Prevención del Suicidio y Crisis ofrece ayuda gratuita y privada. Cualquier persona puede obtener ayuda, incluidas aquellas con angustia emocional y las que necesitan apoyo en caso de crisis suicida, de salud mental o por consumo de sustancias.

Servicios diádicos

Cubrimos los servicios de salud del comportamiento diádica (Dyadic Behavioral Health, “DBH”) necesarios desde el punto de vista médico para los miembros y sus cuidadores. Una díada es un niño de 0 a 20 años de edad y sus padres o cuidadores. La atención diádica atiende a los padres o cuidadores y al niño, juntos. Su meta es el bienestar familiar para fomentar el desarrollo saludable y la salud mental del niño.

Los servicios de atención diádica incluyen:

- consultas de bienestar infantil de DBH;
- servicios integrales diádicos de Community Supports;
- servicios psicoeducativos diádicos;
- servicios diádicos para padres o educadores;
- capacitación familiar diádica, y
- asesoramiento para el desarrollo infantil y servicios de salud mental materna.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios de atención de emergencia

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

Cubrimos todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurra en los Estados Unidos (incluidos los territorios como Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos). También cubrimos la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá o México.

Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona prudente (razonable) común (no un profesional de la salud) podría anticipar que resultará en algo de lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud.
- Un daño grave a las funciones del organismo.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Un riesgo grave en el caso de una persona embarazada en trabajo de parto activo, es decir, cuando está en trabajo de parto y que podría ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
- El traslado podría amenazar su salud o seguridad, o la de su hijo por nacer.

Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital en los Estados Unidos le da un suministro de hasta 72 horas de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios como parte de su tratamiento, cubriremos el medicamento recetado como parte de su atención de emergencia cubierta.

Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital le da una receta médica que debe llevar a una farmacia para pacientes ambulatorios para que la surtan, Medi-Cal Rx cubrirá esa receta.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **[kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol)**.

Si un farmacéutico de una farmacia para pacientes ambulatorios le da un suministro de emergencia de un medicamento de una farmacia para pacientes ambulatorios mientras está de viaje, Medi-Cal Rx será responsable de cubrir el medicamento, y no nosotros. Si la farmacia necesita ayuda para darle un suministro de emergencia de un medicamento, dígales que llamen a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de transporte de emergencia

Cubrimos servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de atención más próximo en una emergencia. Esto significa que su afección es tan grave que otros medios para llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su salud o su vida. No se cubre ningún servicio fuera de los Estados Unidos, excepto la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o México y no le hospitalizan durante ese episodio de atención, no cubriremos sus servicios de ambulancia.

Educación para la salud.

Cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud que su PCP u otros proveedores brindan durante una cita o consulta.

Con el fin de ayudarle a que participe activamente en la protección y el mejoramiento de su salud, también cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, incluidos programas para dejar de fumar, controlar el estrés y controlar condiciones crónicas (como la diabetes y el asma).

Para obtener más información acerca de nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el departamento de educación para la salud de su centro de atención del plan local. También puede llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711) o visitar nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Cuidados paliativos y para enfermos terminales

Cubrimos los cuidados paliativos y para enfermos terminales para niños y adultos, que ayudan a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los adultos a partir de los 21 años no pueden recibir servicios de cuidados paliativos y cuidados curativos (de sanación) al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.

Cuidados para enfermos terminales

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

Cubrimos los cuidados para enfermos terminales solo si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un médico de nuestra red de proveedores de Medi-Cal le diagnostica una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es menor a 6 meses.
- Los servicios se proporcionan en el Área de Servicio de su Región Base. Los servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor de la Red de Medi-Cal.
- Un médico de la red determina que los servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados.

Con cuidados paliativos:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Si se cumplen todos los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes servicios de cuidados para enfermos terminales:

- Servicios médico-sociales.
- Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de tareas domésticas.
- Suministros y dispositivos médicos.
- Algunos medicamentos y servicios biológicos (algunos pueden estar disponibles a través de Medi-Cal Rx).
- Servicios de asesoramiento.
- Servicios de enfermería continuos las 24 horas del día durante los periodos de crisis y según sea necesario para mantener al miembro con una enfermedad terminal en su domicilio.
- Atención de relevo para pacientes hospitalizados durante un máximo de cinco días consecutivos en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos.
- Atención para pacientes hospitalizados a corto plazo para el control del dolor o el manejo de los síntomas en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos.
- Servicios de proveedores de la red de Medi-Cal.
- Atención de enfermería especializada, evaluación y administración de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y control de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia y capacitación para los cuidadores.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para controlar los síntomas o permitirle realizar actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Medicamentos para controlar el dolor y ayudar con otros síntomas de su enfermedad terminal.
- Equipo médico duradero.
- Atención de relevo para pacientes hospitalizados cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de atención ocasional para pacientes hospitalizados, a corto plazo y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos por vez.
- Orientación para ayudar con el duelo.
- Consejos sobre alimentación.

También ofrecemos cobertura para los siguientes servicios de cuidados para enfermos terminales solo durante periodos de crisis cuando estos servicios sean necesarios desde el punto de vista médico para aliviar o tratar síntomas médicos agudos:

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

Es posible que le solicitemos que reciba cuidados paliativos de un proveedor dentro de la red, a menos que los servicios necesarios desde el punto de vista médico no estén disponibles dentro de la red.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son cuidados centrados en el paciente y su familia que mejoran la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos están disponibles para niños y adultos con enfermedades graves o potencialmente mortales. No requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos. Los cuidados paliativos pueden proporcionarse al mismo tiempo que los cuidados curativos.

Los cuidados paliativos incluyen:

- planificación anticipada de la atención médica



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- evaluación y consulta para los cuidados paliativos
- plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados
- el equipo de cuidados paliativos, incluidos, entre otros:
 - médico de medicina u osteopatía
 - asistente médico
 - enfermero titulado
 - enfermero vocacional autorizado o enfermero practicante
 - trabajador social
 - capellán
- coordinación de la atención
- manejo del dolor y de síntomas
- servicios de salud mental y médico-sociales

Hospitalización

Servicios de un anestesiólogo

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

Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos la atención del paciente hospitalizado necesaria desde el punto de vista médico cuando se le ingresa a un hospital dentro de la red. Los servicios incluyen habitación y alimentación, medicamentos, equipo, imágenes diagnósticas y servicios de laboratorio, así como otros servicios que brinda generalmente el hospital. Si ingresó a un hospital fuera de la red, debe recibir nuestra aprobación para recibir atención después



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

de que se establezca su afección. Si no recibe nuestra aprobación, su hospitalización no tendrá cobertura.

Secuenciación Rápida del Genoma Completo

La secuenciación rápida del genoma completo (Rapid Whole Genome Sequencing, “RWGS”) es un beneficio cubierto para cualquier miembro de Medi-Cal que tenga un año de edad o menos y esté recibiendo servicios para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (“UCI”). Incluye secuenciación individual, secuenciación en trío para el padre, la madre o los padres y su bebé, y secuenciación ultrarrápida.

La RWGS es una nueva forma de diagnosticar afecciones a tiempo para influir en la atención de la unidad de cuidados intensivos (“UCI”) de niños de un año de edad o menos.

- Cobertura en los condados con el Whole Child Model (Mariposa, Marin, Napa, Orange, Placer, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Sutter, Yolo y Yuba)
 - Si su hijo califica para el programa California Children’s Services (“CCS”), cubriremos la hospitalización y la RWGS conforme al programa Whole Child Model.
- Cobertura en los Condados con California Children’s Services (todos los demás condados en el Área de Servicio de Medi-Cal Plan)
 - Si su hijo es elegible para California Children’s Services (“CCS”), CCS puede cubrir la hospitalización y la RWGS.

Servicios quirúrgicos

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas.

Cubrimos los servicios de rehabilitación y habilitación descritos en esta sección si se cumplen todas estas condiciones:

- Los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los servicios se brindan para atender una condición de salud.
- Los servicios son para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- Usted recibe los servicios en un centro de atención del Plan, a menos que un médico de la red de Medi-Cal considere que es necesario desde el punto de vista médico que reciba los servicios en otro lugar, o que no haya un centro de atención del Plan disponible para tratar su condición médica.

Kaiser Permanente cubre estos servicios de rehabilitación y habilitación:

Acupuntura

Cubrimos servicios de acupuntura necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor intenso, crónico y persistente que resulta de una condición médica generalmente reconocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios no requieren un referido ni aprobación previa.

Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios, con o sin electroestimulación de agujas, se obtienen a través de nuestros Proveedores de la Red de Medi-Cal o los proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133** (TTY **711**).

Audiología (audición)

Cubrimos servicios de audiolología necesarios desde el punto de vista médico.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Tratamientos de salud del comportamiento

Cubrimos los servicios de tratamiento de salud del comportamiento (behavioral health treatment, “BHT”) para los miembros menores de 21 años de edad a través del beneficio del programa Medi-Cal for Kids and Teens. El BHT incluye programas de servicios y tratamiento, como el análisis del comportamiento aplicado y programas de modificación del comportamiento basados en la evidencia para desarrollar o restaurar, tanto como sea posible, el funcionamiento de un miembro menor de 21 años de edad.

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

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

El plan de tratamiento de salud del comportamiento debe cumplir los siguientes criterios:

- Debe estar elaborado por un proveedor de la red de Medi-Cal que sea un proveedor calificado de BHT y puede administrarlo un proveedor calificado de BHT, un profesional calificado de servicios de BHT o un paraprofesional calificado de servicios de BHT.
- Tiene objetivos individualizados tangibles a lo largo de un plazo específico, que son desarrollados y aprobados por el proveedor calificado de servicios para tratar el autismo para que sean aplicados al Miembro que está siendo tratado.
- Es revisado, por lo menos, una vez cada seis meses por el proveedor calificado de servicios para tratar el autismo y se modifica siempre que sea necesario.
- Asegura que las intervenciones se ajusten a las técnicas basadas en la evidencia del BHT.
- Incluye coordinación de la atención que implica a los padres o cuidadores, la escuela, los programas estatales para la discapacidad y otros, según corresponda.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Incluye capacitación, apoyo y oportunidades de participación para los padres o cuidadores.
- Describe las deficiencias de salud del comportamiento del Miembro que se van a tratar y los criterios de evaluación de la medición de los resultados utilizados para medir el logro de los objetivos de comportamiento.
- Incluye el tipo de servicio, el número de horas y la participación de los padres necesaria para alcanzar la meta y los objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el avance del Miembro.
- Utiliza prácticas basadas en la evidencia, con eficacia clínica comprobada, para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo o del autismo.

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

- El BHT proporcionado cuando no se espera un beneficio clínico continuo, a menos que se determine que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Servicios que son principalmente de relevo, cuidados diurnos, recreativos o educativos.
- Reembolso por la participación de los padres en un programa de tratamiento.
- Tratamiento cuando el objetivo es vocacional o recreativo.
- Atención de custodia que se proporciona principalmente (i) para mantener la seguridad del Miembro o de los otros, y (ii) que podría ser proporcionada por personas sin habilidades o capacitación profesionales.
- Procedimientos que se realizan y servicios y suministros que se proporcionan en un entorno no convencional que incluye, entre otros, centros vacacionales, balnearios y campamentos.
- Servicios que proporcione uno de los padres, un tutor legal o una persona legalmente responsable.
- Servicios que no son prácticas de intervención conductual basadas en la evidencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Rehabilitación cardíaca

Cubrimos los servicios de rehabilitación cardíaca necesarios desde el punto de vista médico para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Equipo médico duradero (“DME”)

El equipo médico duradero (“DME”) incluye artículos que cumplen los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarlo repetidamente.
- El artículo se utiliza principal y habitualmente para un objetivo médico.
- El artículo es útil solamente para una persona que tiene una lesión o enfermedad.
- El artículo es apropiado para su uso dentro o fuera del hogar.
- El artículo es necesario para ayudarle con sus actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, “ADL”) o actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, “IADL”).

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

Por lo general, no cubrimos lo siguiente:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Artículos no médicos, como baños sauna o elevadores.
- Modificaciones a su hogar (a menos que esté disponible y se ofrezca a través de Community Supports) o vehículo, excepto en el caso de salvaescaleras que no requieren cambios permanentes en su hogar. Para obtener información sobre las modificaciones que pueden tener cobertura de acuerdo con el programa Community Supports, consulte ese título más adelante en el capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.
- Monitores electrónicos cardíacos o pulmonares, excepto los monitores para la apnea infantil.
- Reparación o reemplazo del equipo a causa de pérdida, robo o mal uso, salvo cuando sea necesario desde el punto de vista médico para un miembro menor de 21 años.
- Otros artículos que por lo general no se utilizan principalmente para la atención médica.

En algunos casos, estos artículos pueden aprobarse cuando su médico presenta una solicitud de aprobación previa (autorización previa), los artículos son necesarios desde el punto de vista médico y cumplen la definición de DME.

Nutrición enteral y parenteral

Estos métodos para proporcionar nutrientes al cuerpo se usan cuando una afección médica le impide comer de manera normal. Las fórmulas de nutrición enteral y los productos de nutrición parenteral pueden estar cubiertos a través de Medi-Cal Rx, cuando son necesarios desde el punto de vista médico. Cubrimos bombas y tubos enterales y parenterales, cuando son necesarios desde el punto de vista médico.

Cobertura para ayudas auditivas en Condados con Whole Child Model

El programa Whole Child Model es un programa de Medi-Cal en los siguientes condados: condados de Marin, Mariposa, Napa, Orange, Placer, San Mateo, Santa Cruz, Solano, Sonoma, Sutter, Yolo y Yuba. En estos condados, cubrimos ayuda auditiva para todos los Miembros en caso de que:

- Según las pruebas, tenga pérdida de audición.
- La ayuda auditiva sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Su médico le brinde una receta médica.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

La cobertura se limita a la ayuda auditiva de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos quién suministrará la ayuda auditiva. Cubriremos una ayuda auditiva, a menos que necesite un audífono para cada oído a fin de lograr mejores resultados de los que podría obtener con un solo audífono.

Con Medi-Cal, cubriremos lo siguiente para cada ayuda auditiva cubierta:

- moldes necesarios para la adaptación
- un paquete de baterías estándar
- visitas para asegurar que la ayuda auditiva funciona correctamente
- visitas para limpiar y adaptar su ayuda
- reparación de su ayuda
- alquiler y accesorios de la ayuda auditiva

Con Medi-Cal, cubriremos un reemplazo de ayuda auditiva si:

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

Para adultos a partir de los 21 años, Medi-Cal **no** cubre lo siguiente:

- cambio de baterías para ayudas auditivas

Cobertura para ayudas auditivas en los condados con California Children's Services

- ***Ayudas auditivas para Miembros menores de 21 años***

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- ***Ayudas auditivas para Miembros mayores de 21 años***
 - Con Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada ayuda auditiva cubierta:
 - moldes necesarios para la adaptación
 - un paquete de baterías estándar
 - visitas para asegurar que la ayuda funciona correctamente
 - visitas para limpiar y adaptar su ayuda
 - reparación de su ayuda
 - Con Medi-Cal, cubriremos un reemplazo de ayuda auditiva si:
 - Su pérdida de audición es tal que su ayuda actual no puede corregirla.
 - Su ayuda se pierde, se la roban o se rompe (y no puede arreglarse) y no fue su culpa. Debe enviarnos una nota que describa lo que ocurrió.
 - Para adultos a partir de los 21 años, la cobertura de Medi-Cal no incluye:
 - cambio de baterías para ayudas auditivas

Servicios de salud domiciliaria

Cubrimos los servicios médicos brindados en su hogar cuando son necesarios desde el punto de vista médico y los receta un proveedor de la red de Medi-Cal calificado, si se cumple todo lo siguiente:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

- atención de enfermería especializada de tiempo parcial
- auxiliar de salud domiciliaria de tiempo parcial
- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla especializadas
- servicios médico-sociales
- suministros médicos

Suministros, equipos y dispositivos médicos

Cubrimos los equipos, dispositivos y suministros médicos necesarios desde el punto de vista médico recetados por un proveedor de la red de Medi-Cal, incluidos los dispositivos para la audición implantados. Algunos suministros médicos están cubiertos a través de Medi-Cal Rx, parte de Pago por Servicio (Fee-for-Service, “FFS”) de Medi-Cal, y no por nosotros.

Para obtener más información sobre qué suministros están cubiertos por Medi-Cal Rx, puede preguntar en su farmacia. Para obtener más información acerca de Medi-Cal Rx, consulte el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros beneficios y programas no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Nota: Los suministros para la incontinencia solo están cubiertos según lo especificado en el Manual del Proveedor del DHCS.

Medi-Cal **no** cubre:

- Artículos domésticos comunes, que incluyen, entre otros:
 - cinta adhesiva (todos los tipos)
 - alcohol etílico
 - cosméticos
 - bolas de algodón e hisopos
 - Q-tips, polvos secantes



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- toallitas húmedas
- hamamelis
- Remedios domésticos comunes, que incluyen, entre otros:
 - petrolato blanco
 - aceites y lociones para piel seca
 - talco y productos de combinaciones de talco
 - agentes oxidantes como el agua oxigenada (peróxido de hidrógeno)
 - peróxido de carbamida y perborato de sodio
 - champús sin receta médica
 - preparaciones tópicas que contengan ungüento de ácido benzoico y salicílico, crema, ungüento o líquido de ácido salicílico y pasta de óxido de zinc
 - otros artículos que no suelen utilizarse principalmente para el cuidado de la salud y que casi siempre los utilizan principalmente personas que no tienen necesidades médicas específicas

Terapia ocupacional

Cubrimos los servicios de terapia ocupacional necesarios desde el punto de vista médico, incluidos la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones y los servicios de consultoría.

Artículos ortopédicos/protésicos

Cubrimos aparatos ortopédicos y protésicos si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para dispositivos protésicos).
- Le recetaron el artículo.
- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para apoyar una parte del cuerpo (solo para dispositivos ortopédicos).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- El artículo es necesario desde el punto de vista médico para que usted realice actividades de la vida diaria.
- El artículo es razonable para su condición médica general.
- Los artículos se deben aprobar previamente para usted. Incluyen dispositivos para la audición implantados, prótesis mamarias/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para soportar una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al artículo de menor costo del equipo que satisfaga sus necesidades médicas de manera adecuada. Nosotros seleccionamos al proveedor.

Suministros para ostomía y urología

Los suministros de ostomía y urología deben tener aprobación previa. Cubrimos bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. Esto no incluye los suministros que son para la comodidad o conveniencia, ni equipos o artículos de lujo.

Fisioterapia

Cubrimos los servicios de fisioterapia necesarios desde el punto de vista médico cuando los receta un médico, dentista o podólogo. Los servicios incluyen la evaluación de la fisioterapia, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones, los servicios de consultoría y la aplicación de medicinas tópicas. Las recetas médicas tienen una validez limitada de seis meses y pueden renovarse por necesidad médica.

Rehabilitación pulmonar

Cubrimos la rehabilitación pulmonar necesaria desde el punto de vista médico y recetada por un proveedor de la red de Medi-Cal.

Servicios en centros de enfermería especializada

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Terapia del habla

Cubrimos la terapia del habla que sea necesaria desde el punto de vista médico.

Servicios para personas transgénero

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

Ensayos clínicos

Cubrimos los servicios de cuidados de rutina que reciba en relación con ensayos clínicos si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Habríamos cubierto los servicios si no hubieran estado relacionados con un ensayo clínico.
- Es elegible para participar en el ensayo clínico, de acuerdo con el protocolo del estudio, con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad que ponga en riesgo su vida (una enfermedad con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa la evolución de dicha enfermedad), según se determine de una de las siguientes formas:
 - Un proveedor de la red de Medi-Cal de Kaiser Permanente realiza esta determinación.
 - Usted nos proporciona información médica y científica que establece esta determinación.
- Si algún proveedor de la red de Medi-Cal de Kaiser Permanente participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el ensayo clínico, debe participar en el ensayo clínico a través de un proveedor de la red de Medi-Cal de Kaiser Permanente, salvo que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.

El ensayo clínico es un ensayo clínico aprobado. “Ensayo clínico aprobado” significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV relacionado con la prevención,



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

detección o tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal. El ensayo clínico debe cumplir uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:

- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de contar con una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
- El estudio o la investigación es aprobado o financiado por al menos una de las siguientes entidades:
 - Los Institutos Nacionales de Salud.
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades anteriores o del Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros.
- El Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación fueron revisados y aprobados por medio de un sistema de revisión por pares que, según las determinaciones del Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., cumpla todos los siguientes requisitos:
 - Es comparable con el sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud.
 - Garantiza una revisión imparcial de los estándares científicos más elevados, realizada por personas calificadas que no tienen ningún interés en el resultado de la revisión.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Si el servicio relacionado con un ensayo clínico involucra un medicamento, suministro o suplemento recetado para pacientes ambulatorios que de otro modo estaría cubierto por Medi-Cal Rx, no lo cubriremos. Usted o su proveedor tendrán que solicitar la cobertura del artículo recetado a Medi-Cal Rx.

Servicios de laboratorio y radiología

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

Servicios preventivos y para el bienestar, y control de enfermedades crónicas

Servicios preventivos

Los servicios preventivos que cubrimos incluyen, entre otros:

- vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, “ACIP”)
- servicios de planificación familiar
- recomendaciones de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf [en inglés])
- evaluación de experiencias adversas de la infancia (Adverse childhood experiences, “ACE”).
- servicios preventivos para el asma
- servicios preventivos para mujeres recomendados por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- ayuda para dejar de fumar, también llamados servicios para dejar el tabaco
- servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con puntuación “A” y “B”

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar se brindan a miembros en edad de tener hijos para permitirles elegir cuántos hijos desean tener y cada cuánto tiempo. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, “FDA”). Los PCP y los especialistas en obstetricia/ginecología de Kaiser Permanente están disponibles para brindar servicios de planificación familiar.

Para servicios de planificación familiar, puede elegir cualquier médico o clínica de Medi-Cal que no esté dentro de la red de Kaiser Permanente sin necesidad de obtener un referido ni nuestra aprobación previa (autorización previa). Le pagaremos a ese médico o clínica los servicios de planificación familiar que reciba. Si recibe servicios de un proveedor de Medi-Cal fuera de la red que no estén relacionados con la planificación familiar, es posible que no estén cubiertos. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

Manejo de enfermedades crónicas

Cubrimos programas de manejo de enfermedades crónicas centrados en las siguientes afecciones:

- diabetes
- enfermedad cardiovascular
- asma
- depresión

Para obtener información acerca de la atención preventiva para miembros menores de 21 años de edad, consulte el Capítulo 5, “Bienestar de niños y jóvenes”, de esta Guía para Miembros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Diabetes Prevention Program

El Diabetes Prevention Program (DPP) es un programa para cambiar el estilo de vida basado en la evidencia. Este programa de 12 meses se centra en cambios en el estilo de vida. Está diseñado para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2 entre las personas diagnosticadas con prediabetes. Los Miembros que cumplan los criterios pueden calificar para un segundo año. El programa proporciona educación y grupos de apoyo. Las técnicas incluyen, entre otras:

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

Los Miembros deben cumplir ciertas reglas para unirse al DPP. Llámenos para saber si reúne los requisitos para participar en el programa.

Cirugía reconstructiva

Cubrimos:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)

Cubrimos las pruebas de detección, la evaluación, las intervenciones breves y el referido a un tratamiento (Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment, “SABIRT”) por el consumo de alcohol y drogas.

Para la cobertura de tratamientos a través del condado, lea “Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)” más adelante en este capítulo.

Beneficios para la vista

Exámenes rutinarios de los ojos

Cubrimos:

- Un examen rutinario de los ojos una vez cada 24 meses; los exámenes de los ojos más frecuentes están cubiertos para los miembros si son necesarios desde el punto de vista médico, como para los miembros con diabetes.

Anteojos

Cubrimos lo siguiente:

Anteojos completos (armazón y lentes)

- Cubrimos un par completo de anteojos (armazones y lentes) cada 24 meses con una receta médica válida de al menos 0.75 dioptrías.

Lentes para anteojos

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Armazones para Anteojos

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

Reemplazo de anteojos antes de 24 meses

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

Dispositivos para visión disminuida

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

- La mejor agudeza visual corregida es de 20/60, o peor en el mejor ojo, o hay una restricción de campo de cualquiera de los ojos a 10 grados o menos del punto de fijación.
- La afección no se puede corregir con anteojos estándares, lentes de contacto, medicina ni cirugía.
- La afección interfiere en la capacidad de la persona para realizar actividades diarias, como en el caso de la degeneración macular.
- La afección física y mental del receptor es tal que hay una expectativa razonable de que la ayuda se utilizará para mejorar la función diaria del receptor.

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

Lentes de Contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico

Si tiene una condición médica en la que un médico u optometrista de la red de Medi-Cal decide que es necesario desde el punto de vista médico que use lentes de contacto,



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

cubriremos los lentes de contacto. Las afecciones médicas que califican para lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia y queratocono.

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

Beneficios de transporte

Transporte Médico para situaciones que son de emergencia

Para obtener información sobre los servicios de transporte de emergencia, consulte el título “Atención de Emergencia” previamente en este Capítulo 4, “Beneficios y servicios” de esta Guía para Miembros.

Transporte Médico para situaciones que no son de emergencia

Usted puede usar el transporte médico en situaciones que no sean de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un auto, autobús, tren, taxi u otra forma de transporte público o privado para llegar a sus citas de atención médica. Puede usar el transporte médico para los servicios cubiertos y las citas de farmacia cubiertas por Medi-Cal. Puede solicitar transporte médico a su proveedor. Esto incluye a su médico, dentista, podólogo, fisioterapeuta, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional, proveedor de salud mental o trastornos por abuso de sustancias (“SUD”), asistente médico, enfermero practicante o enfermera partera certificada. Su proveedor decidirá el tipo correcto de transporte que se adapte a sus necesidades.

El transporte médico es transporte en una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas o transporte aéreo.

El transporte médico debe usarse cuando:

- No puede usar un auto, autobús, tren u otra forma de transporte público o privado por su condición física o médica para ir a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse desde y hacia su domicilio, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad mental o física.
- Un médico de la red lo solicita y lo autoriza con antelación.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si su médico decide que necesita transporte médico, se lo recetará. Le llamaremos para programar su transporte médico.

Límites del transporte médico

Para los casos que no sean emergencias, cubrimos el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas para ir con el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Esto significa que, por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente en una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, no pagaremos una ambulancia. Solo está cubierto el transporte aéreo si su condición médica hace que cualquier forma de transporte terrestre sea imposible. No puede utilizar el transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio que está recibiendo o si no se trata de una cita de farmacia cubierta por Medi-Cal.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, nosotros no cubriremos el transporte médico. Sin embargo, podemos ayudarle a programar el transporte que necesita. Si necesita transporte médico fuera del área de servicio de su Región Base o para ir con un proveedor fuera de la red, cubriremos el transporte médico únicamente si se lo autorizamos.

Costo del transporte médico para los miembros

No hay ningún costo para usted cuando nosotros organizamos el transporte médico.

Cómo obtener el transporte no médico

Sus beneficios de Medi-Cal incluyen el traslado a sus citas o a la farmacia para los servicios cubiertos por Medi-Cal cuando no tiene acceso a ninguna forma de transporte. Puede obtener transporte, sin costo, cuando haya intentado todas las demás formas de obtener transporte y va a:

- Viajar hacia y desde una cita para un servicio de Medi-Cal.
- Recoger recetas médicas y suministros médicos.
- Estar dentro del área de servicio de su Región Base.
- Fuera del área de servicio de su Región Base, el transporte no médico solo está cubierto si nosotros lo aprobamos previamente, a menos que se trate de atención de urgencia.

Kaiser Permanente le permite usar un auto, taxi, autobús u otra forma de transporte público o privado para acudir a su cita médica para recibir los servicios cubiertos por



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Medi-Cal. Cubriremos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

A veces, podemos reembolsarle (devolverle el dinero) por el traslado en un vehículo privado que usted coordinó. Nosotros debemos aprobarlo antes de que se traslade.

Debe decirnos por qué no puede trasladarse de otra forma, como en autobús. No haremos reembolsos en caso de usar agentes de transporte, pases de autobús, recibos de taxi o boletos de tren. Para solicitar una autorización y conocer los criterios utilizados para tomar las decisiones de autorización, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-844-299-6230** (TTY **711**). El representante también puede responder cualquier pregunta sobre el reembolso de millas.

Si desea solicitar un traslado para recibir servicios, llame al proveedor de transporte de Kaiser Permanente al **1 844-299-6230** (TTY **711**) al menos tres días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita, o llame tan pronto como pueda cuando tenga una cita urgente. Cuando llame, deberá contar con todo lo siguiente:

- su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente
- la fecha y la hora de sus citas médicas
- la dirección donde necesita que le pasen a buscar y la dirección a la que se dirige
- si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta
- si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre/la madre/el tutor legal o el cuidador)

Nota: Los nativos americanos también pueden comunicarse con su Proveedor de Atención Médica Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Cubrimos el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades para ir con el proveedor más cercano a su domicilio donde haya una cita disponible. Los miembros no pueden manejar por su cuenta ni recibir reembolsos directamente por el transporte no médico. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

El transporte no médico no aplica si sucede lo siguiente:

- Desde el punto de vista médico, se necesita una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, u otra forma de transporte médico en casos que no sean de emergencia para recibir un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse desde y hacia su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Usted usa una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.
- Se encuentra fuera del área de servicio de su Región Base.

Costo del transporte No médico para los miembros

No hay ningún costo cuando nosotros organizamos el transporte no médico.

Gastos de viaje para recibir los Servicios cubiertos

En algunos casos, si tiene que desplazarse para acudir a citas médicas que no estén disponibles cerca de su hogar, podemos cubrir los gastos de viaje, como comidas, estancias en hotel y otros gastos relacionados, como estacionamientos, peajes, etc. Estos gastos de viaje también pueden estar cubiertos para alguien que viaje con usted para ayudarlo en su cita o para alguien que le done un órgano para un trasplante de órgano. Necesita solicitar una aprobación previa (autorización previa) para estos servicios. Solicite más información sobre los gastos de viaje cubiertos a su proveedor de la red de Medi-Cal.

Otros beneficios y programas cubiertos por Kaiser Permanente

Servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”)

Cubrimos, para los miembros que califican, servicios y apoyo a largo plazo proporcionados en los siguientes tipos de centros u hogares de atención a largo plazo:

- centros de enfermería especializada;



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- centros de atención subaguda;
- centros de atención intermedia, que incluyen:
 - centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo (intermediate care facility/developmentally disabled, “ICF/DD”)
 - centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-habilitación (intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative, “ICF/DD-H”)
 - centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-enfermería (intermediate care facility/developmentally disabled-nursing, “ICF/DD-N”)

Si califica para recibir servicios de cuidado a largo plazo, nos aseguraremos de que se le ingrese en un hogar o centro de atención médica que le proporcione el nivel de atención más adecuado para sus necesidades médicas. Trabajaremos con su centro regional local para determinar si reúne los requisitos para recibir servicios de los ICF/DD, ICF/DD-H o ICF/DD-N.

Región base	Número de Servicio a los Miembros
<i>Región del Norte de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-833-721-6012 (TTY 711) , de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.
<i>Región del Sur de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de cuidado a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Coordinación de la Atención

Administración de la atención básica

Obtener atención de muchos proveedores diferentes o en distintos sistemas de salud es un reto. Queremos asegurarnos de que los miembros reciban todos los servicios



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

necesarios desde el punto de vista médico, las medicinas recetadas y los servicios para la salud del comportamiento (servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias). Podemos ayudarle a coordinar la atención y manejar sus necesidades de salud, sin costo. Esta ayuda está disponible incluso cuando otro programa cubre los servicios.

Región base	Número de Servicio a los Miembros
<i>Región del Norte de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-833-721-6012 (TTY 711) , de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.
<i>Región del Sur de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de cuidado a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Administración de la Atención Compleja (“CCM”)

Los Miembros con necesidades de salud más complejas pueden calificar para recibir servicios adicionales centrados en la coordinación de la atención. Ofrecemos servicios de Administración de la Atención Compleja (Complex Care Management, “CCM”) a las personas de alto riesgo, es decir, aquellas con una afección médicamente compleja o los miembros con una condición médica y una situación social compleja que afecta la administración médica de la atención del miembro y requiere un amplio uso de recursos.

Si está inscrito en la CCM o la Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, “ECM”) (lea más abajo), Kaiser Permanente se asegurará de que tenga un administrador de cuidados asignado que puede ayudarle no solo con la administración de la atención básica descrita anteriormente, sino también en un conjunto amplio de apoyos para la atención transitoria que están disponibles si le dan de alta de un hospital, centro de enfermería especializada, hospital psiquiátrico o tratamiento en entorno residencial.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Administración de la Atención Mejorada (“ECM”)

Cubrimos los servicios de Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, ECM) para los miembros con necesidades altamente complejas. La ECM tiene servicios adicionales para ayudarle a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Coordina sus cuidados de médicos y otros proveedores. La ECM ayuda a coordinar la atención primaria, los servicios preventivos, la atención de problemas médicos agudos, la salud del comportamiento (servicios de salud mental y para los trastornos por abuso de sustancias), los servicios de desarrollo, la salud bucal, los servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”) basados en la comunidad y los referidos a recursos comunitarios.

Si usted califica, es posible que se comuniquen con usted para informarle sobre los servicios de ECM. También nos puede llamar para saber si puede recibir los servicios de ECM y cuándo los recibirá, o hable con su proveedor de atención médica. Puede averiguar si usted cumple los requisitos para recibir ECM o referirle a los servicios de administración de la atención.

Servicios de ECM cubiertos

Si usted califica para la ECM, tendrá su propio equipo de atención con un administrador principal de atención. Esta persona hablará con usted y sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos, proveedores de servicios sociales y otras personas. Se asegurará de que todos trabajen juntos para que usted reciba la atención que necesita. Su administrador principal de atención también le puede ayudar a ubicar y solicitar otros servicios en su comunidad. La ECM incluye:

- alcance y compromiso
- evaluación integral y administración de la atención
- coordinación mejorada de la atención
- promoción de la salud
- atención integral de transición
- servicios de apoyo al Miembro y a la familia
- coordinación y referencia a apoyos comunitarios y sociales



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para saber si la ECM puede ser adecuada para usted, hable con su proveedor de atención médica o llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Costo para el miembro

Los servicios de ECM no tienen costo para usted.

Puede rechazar o cancelar la ECM en el momento del contacto e intervención iniciales, o en cualquier otro momento.

Servicios de atención transitoria

Podemos ayudarle a manejar sus necesidades de atención médica cuando regrese a casa después de una estancia en el hospital o centro de adultos mayores y personas con discapacidad. Queremos apoyar su salud y recuperación. Es posible que tenga nuevas medicinas y citas. Puede obtener apoyo para tener una transición segura. Podemos ayudarle con estos servicios de atención transitoria:

- programar una cita de seguimiento
- obtener medicinas
- obtener transporte gratuito para acudir a una cita en persona

Kaiser Permanente tiene un número de teléfono exclusivo para ayudar a los miembros durante la transición de cuidados. También contamos con un administrador de atención exclusivo para los miembros de mayor riesgo, incluidas las personas que están embarazadas o en periodo posparto, o las que ingresan o son dadas de alta de un centro de adultos mayores y personas con discapacidad. Este administrador de atención es la persona con la que los miembros se comunican para obtener ayuda con la coordinación de los servicios que pueden afectar su salud, incluidos los servicios de vivienda y alimentación.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para solicitar servicios de atención transitoria, comuníquese con su representante Kaiser Permanente. Le ayudará con programas, proveedores u otro tipo de apoyo en su idioma. Puede comunicarse con nuestros equipos de servicios de atención transitoria en:

Región base	Número de Servicio a los Miembros
<i>Región del Norte de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-510-864-5601 (TTY 711) , de 9 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.
<i>Región del Sur de California</i>	Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-327-5508 (TTY 711) , de 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a sábado.

Community Supports

Es posible que pueda obtener algunos servicios del programa Community Supports conforme a su plan de atención individualizado. Community Supports son servicios o entornos adecuados, económicos y alternativos a los cubiertos conforme al plan estatal de Medi-Cal. Son servicios opcionales para los miembros. Usted no tiene que aceptar Community Supports. Si reúne los requisitos y acepta recibir estos servicios, Community Supports puede ayudarle a vivir de forma más independiente. Estos servicios no reemplazan los beneficios que ya tiene en Medi-Cal.

Ofrecemos renta transitoria en circunstancias limitadas y está diseñada para apoyar la estabilidad en su vivienda de los miembros elegibles. Si necesita ayuda o desea saber qué servicios del programa Community Supports podrían estar disponibles para usted, llame al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. O llame a su proveedor de atención médica.

Community Supports incluye los siguientes servicios. No están disponibles en todas las áreas. No califican todos los Miembros para recibir Community Supports. Para calificar, debe cumplir criterios específicos.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Tratamiento del asma	Incluye las modificaciones físicas del entorno del hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o que le permiten funcionar en el hogar y sin las cuales los episodios agudos de asma podrían dar lugar a la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> tengan asma mal controlada; para los que un proveedor de atención médica autorizado haya documentado que el servicio probablemente evitará hospitalizaciones relacionadas con el asma, visitas a un departamento de emergencias u otros servicios de alto costo.
Servicios de transición comunitaria o transición de un centro de enfermería a un hogar	Incluye los gastos de instalación no recurrentes de las personas que están realizando una transición de un centro de atención autorizado a vivir en una residencia privada en la que la persona será directamente responsable de sus propios gastos de manutención.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> están recibiendo actualmente atención del nivel de un centro de enfermería; han residido más de 60 días en un centro de enfermería; están dispuestos a vivir en la comunidad, y pueden residir de forma segura en la comunidad con apoyos adecuados y económicos.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Habilitación durante el día	Estos servicios se proporcionan en el hogar de la persona o en un entorno fuera del hogar, no en un centro de atención. Los programas están diseñados para ayudar a la persona a adquirir, mantener y mejorar la autoayuda, la socialización y las habilidades de adaptación necesarias para residir con éxito en el entorno natural de la persona.	Miembros que: no tienen hogar; dejaron de estar sin hogar y accedieron a una vivienda en los últimos 24 meses; están en riesgo de quedarse sin hogar o de ser internados en una institución y cuya estabilidad en su vivienda podría mejorar mediante la participación en un programa de habilitación durante el día.
Adaptaciones de accesibilidad de entornos (modificaciones en el hogar)	Estos servicios incluyen las adaptaciones físicas de un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o que permiten a la persona funcionar con mayor independencia en el hogar, sin las cuales el participante requeriría el ingreso en una institución.	Miembros que están en riesgo de ser internados en un centro de enfermería.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Depósitos para vivienda	Estos servicios ayudan a identificar, coordinar, conseguir o financiar una única vez servicios y modificaciones necesarios para que una persona pueda establecer un hogar básico que no constituya habitación y alimentación.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> cumplen la definición de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, “HUD”) y otros criterios de elegibilidad; recibieron servicios de transición a la vivienda o de navegación de la vivienda; tienen prioridad para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada local para personas sin hogar o un sistema similar también son elegibles para los servicios de vivienda.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas	Estos servicios proporcionan servicios de arrendamiento y mantenimiento, con el objetivo de mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que se obtuvo la vivienda.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> cumplen la definición de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar del HUD y otros criterios de elegibilidad; recibieron servicios de transición a la vivienda o de navegación de la vivienda; tienen prioridad para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada local para personas sin hogar o un sistema similar también son elegibles para los servicios de vivienda.
Transición a la vivienda o servicios de navegación	Estos servicios ayudan a los beneficiarios a obtener una vivienda e incluyen la celebración de una selección de inquilinos y una evaluación de la vivienda, un plan individualizado de apoyo	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> cumplen la definición de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar del HUD y otros



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
	a la vivienda y la obtención de una vivienda.	criterios de elegibilidad; tienen prioridad para una unidad de vivienda de apoyo permanente o un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada local para personas sin hogar o un sistema similar también son elegibles para los servicios de vivienda.
Comidas y comidas adaptadas a necesidades médicas	Estos servicios incluyen 1) comidas adaptadas a necesidades médicas que se proporcionan al Miembro en su domicilio y satisfacen las necesidades alimentarias únicas de las personas con enfermedades crónicas, adaptadas por un profesional de nutrición certificado; o 2) servicios de alimentación y nutrición de apoyo médico.	Miembros que: tienen una condición crónica; fueron dados de alta de un hospital o un centro de enfermería especializada; corren un alto riesgo de hospitalización o ingreso en un centro de enfermería; tienen grandes necesidades de coordinación de la atención.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Transición del centro de enfermería o traslado a centros de atención de vida asistida	<p>Estos servicios ayudan a las personas a vivir en la comunidad o a evitar el ingreso en una institución, siempre que sea posible, para facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario similar al hogar o evitar los ingresos en centros de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de atención del nivel de un centro de enfermería.</p>	<p>Para la transición del centro de enfermería, los Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> han residido más de 60 días en un centro de enfermería; están dispuestos a vivir en un entorno de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería; pueden residir de forma segura en un entorno de vida asistida con apoyos adecuados y económicos. <p>Para el traslado a un centro de enfermería, los Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> están interesados en permanecer en la comunidad; están dispuestos y pueden residir de forma segura en un entorno de vida asistida con apoyos y servicios adecuados y económicos; y están recibiendo actualmente atención



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
		<p>del nivel de un centro de enfermería necesario desde el punto de vista médico o cumplen los criterios para necesitar atención del nivel de un centro de enfermería.</p> <p>El Miembro elige permanecer en la comunidad y seguir recibiendo los servicios de atención del nivel de un centro de enfermería necesarios desde el punto de vista médico en un entorno de vida asistida.</p>
Servicios de cuidado personal y labores domésticas	<p>Estos servicios proporcionan asistencia en las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, "ADL") y asistencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, "IADL").</p>	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> están en riesgo de ser hospitalizados o internados en un centro de enfermería; tienen déficits funcionales y no tienen otro sistema de apoyo adecuado; obtuvieron aprobación para recibir servicios



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
		de In-Home Supportive Services.
Cuidados de recuperación (relevo médico)	Estos servicios incluyen la atención en un entorno residencial a corto plazo para personas que ya no requieren hospitalización, pero aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad y cuya afección se agravaría en un entorno de vida inestable.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> viven solos sin apoyo formal; están en riesgo de ser hospitalizados o han sido hospitalizados; sufren de inseguridad en la vivienda; cumplen la definición de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar del HUD.
Servicios de relevo	Estos servicios se proporcionan a corto plazo debido a la ausencia o necesidad de relevo de las personas que normalmente cuidan o supervisan y son de naturaleza no médica. Este servicio es distinto del relevo médico o los cuidados de recuperación y se trata únicamente de un descanso para el cuidador.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> viven en la comunidad y tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria (“ADL”); dependen de un cuidador calificado que les proporcione apoyo y le necesitan para evitar que ingresen en una institución. Miembros (niños) que anteriormente estaban cubiertos por los



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
		servicios de relevo conforme a la Exención de cuidados paliativos pediátricos; beneficiarios del programa de cuidados de crianza; miembros inscritos en los programas California Children's Services o Genetically Handicapped Person Program; Miembros con necesidades de atención complejas.
Alojamiento de corta duración tras la hospitalización	Estos servicios proporcionan a los beneficiarios que no tienen una residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud del comportamiento, la oportunidad de continuar su recuperación médica, psiquiátrica o por trastorno por abuso de sustancias tras el alta hospitalaria o en otro entorno (recuperación, correccional, cuidados de recuperación, etc.).	Miembros que: cumplen la definición de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar del HUD, y son dados de alta de los cuidados de recuperación o una hospitalización.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
Centros de rehabilitación	Estos lugares sirven como destinos alternativos para las personas que fueron encontradas públicamente en estado de embriaguez y que, de otro modo, serían trasladadas a un departamento de emergencias o a la cárcel. Los centros de rehabilitación ofrecen a estas personas, sobre todo a las que no tienen hogar o viven en situaciones inestables, un entorno seguro y de apoyo para volverse sobrias.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen 18 años o más; están en estado de embriaguez pero conscientes, cooperativos, pueden caminar, no son violentos y no tienen ningún problema médico; de lo contrario, serían trasladados a un departamento de emergencias o a la cárcel; se presentaron en un departamento de emergencias y son aptos para trasladarlos a un centro de rehabilitación.
Renta transitoria	Hasta 6 meses de ayuda para pagar la renta en situaciones provisionales o permanentes.	<p>Miembros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> tienen uno o más factores de riesgo clínicos que califican;



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Community Supports	Descripción	¿Quiénes pueden ser elegibles?
		<ul style="list-style-type: none"> cumplen la definición del HUD de personas sin hogar o que están en riesgo de quedarse sin hogar, en transición de uno de los entornos que califican.

Región base	Número de Servicio a los Miembros
Región del Norte de California	Si tiene preguntas sobre los servicios de atención a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-833-721-6012 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 1 p. m. y de 2 p. m. a 5 p. m.
Región del Sur de California	Si tiene preguntas sobre los servicios de cuidado a largo plazo, llame a nuestro Servicio a los Miembros al 1-855-839-7613 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Trasplantes de Órganos Importantes

Para obtener detalles sobre qué condados tienen el programa Whole Child Model Program, vaya a la sección “California Children’s Services y el Whole Child Model Program” más adelante en este capítulo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Trasplantes para niños en los condados con Whole Child Model

Referiremos a un niño menor de 21 años que reúna los requisitos para el programa California Children's Services (CCS) a un Centro de Atención Especializada (Specialty Care Center, "SCC") aprobado por CCS para que sea evaluado en un plazo de 72 horas a partir del momento en que el médico del niño lo identifique como posible candidato a un trasplante. Si el SCC confirma que el trasplante es necesario y sería seguro para el niño, cubriremos el trasplante y los servicios relacionados, mientras que el niño siga inscrito en nuestro Medi-Cal Plan.

Trasplantes para niños en todos los demás condados

Las leyes del estado requieren que los niños menores de 21 años que necesiten trasplantes sean referidos al programa California Children's Services ("CCS") para decidir si el niño reúne los requisitos para los CCS. Si el niño reúne los requisitos para los CCS, el programa cubrirá los costos del trasplante y los servicios relacionados.

Si el niño no reúne los requisitos para los CCS, nosotros referiremos al niño a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que un trasplante es seguro y necesario para la condición médica del niño, cubriremos el trasplante y otros servicios relacionados.

Trasplantes para adultos de 21 años y mayores

Si su médico decide que puede necesitar un trasplante de órgano o médula ósea, le referiremos a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que un trasplante es necesario y seguro para su condición médica, cubriremos el trasplante y otros servicios relacionados.

Trasplantes cubiertos por Medi-Cal

Los trasplantes de órganos y médula ósea que nosotros cubrimos incluyen, entre otros:

- médula ósea
- corazón
- corazón y pulmón
- riñón
- riñón y páncreas
- hígado
- hígado e intestino delgado
- pulmón
- intestino delgado



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

California Children's Services ("CCS") y el Whole Child Model Program ("WCM")

El programa California Children's Services ("CCS") es un programa estatal que trata a niños de menos de 21 años con ciertas condiciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen las reglas del programa CCS. Si su médico cree que usted podría reunir los requisitos para CCS, le referirá al programa CCS de su condado para que le hagan una evaluación de elegibilidad.

De conformidad con el programa Whole Child Model ("WCM"), cubrimos los servicios de CCS para los Miembros que califiquen. El programa Whole Child Model solo está disponible en algunos condados. Puede consultar la tabla a continuación para saber si Whole Child Model está disponible en su condado.

Elegibilidad para CCS o Whole Child Model

El personal del programa CCS del condado decidirá si reúne los requisitos para CCS o WCM. Nosotros no decidimos la elegibilidad para CCS. Si su hijo califica para recibir esta clase de atención, los proveedores de CCS lo tratarán para la afección que reúne los requisitos de CCS.

CCS no cubre todas las condiciones de salud. CCS cubre la mayoría de las condiciones de salud que discapacitan físicamente o que deben ser tratadas con medicinas, cirugía o rehabilitación. Algunos ejemplos de afecciones elegibles para CCS son, entre otras, las siguientes:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| ▪ enfermedad cardíaca congénita | ▪ diabetes |
| ▪ cánceres | ▪ problemas crónicos graves de riñón |
| ▪ tumores | ▪ enfermedad hepática |
| ▪ hemofilia | ▪ enfermedad intestinal |
| ▪ anemia de células falciformes | ▪ labio leporino o paladar hendido |
| ▪ problemas de tiroides | |



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

4 | Beneficios y servicios

- espina bífida
- pérdida de audición
- cataratas
- parálisis cerebral
- trasplantes, incluido de córnea
- convulsiones en algunas circunstancias
- artritis reumatoide
- distrofia muscular
- sida
- lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- quemaduras graves
- dientes gravemente torcidos

Si usted vive en un condado con CCS

Si reúne los requisitos para recibir esta clase de atención, los proveedores de CCS que trabajan con Kaiser Permanente le asignarán un coordinador de atención personal para que le ayude a coordinar el tratamiento de la afección elegible para CCS mediante un equipo de atención y un plan de atención. Kaiser Permanente no cubre los servicios que brinda el programa CCS. Para que CCS cubra estos servicios, CCS debe aprobar al proveedor, los servicios y el equipo.

Si usted no reúne los requisitos para los servicios del programa CCS, podrá seguir recibiendo la atención necesaria desde el punto de vista médico de Kaiser Permanente. Para obtener más información sobre CCS, puede visitar la página web de CCS en **www.dhcs.ca.gov/services/ccs** (en inglés) o llamar a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Si usted vive en un Condado con el programa Whole Child Model

El Whole Child Model Program (“WCM”) incorpora el programa California Children's Services (“CCS”) para los niños y jóvenes de CCS elegibles para Medi-Cal en la Atención Médica Administrada de Medi-Cal. De conformidad con el programa WCM, Kaiser Permanente es responsable de cubrir los servicios para las afecciones elegibles para CCS.

Gastos de viaje para recibir los servicios de CCS y WCM

Es posible que pueda obtener ayuda para los gastos de viaje, como transporte, comidas, alojamiento, estacionamiento y peajes, si no tiene forma de acudir a su cita médica de una afección que reúne los requisitos de CCS. Debe llamarnos antes de pagar de su bolsillo el transporte, ya que cubrimos el transporte no médico y el transporte médico en



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

casos que no sean de emergencia, como se indica en los beneficios y los servicios. Sin embargo, si paga de su bolsillo, es posible que reciba un reembolso de nuestra parte si paga por adelantado los gastos de transporte necesarios. Si se determina que su transporte es necesario, debemos aprobarlo y reembolsárselo en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que presente los recibos y la documentación requeridos para los gastos de transporte.

Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad fuera de los servicios de WCM

Si es elegible para inscribirse en una exención 1915(c), es posible que pueda recibir servicios basados en el hogar y la comunidad que no estén relacionados con una afección elegible para CCS, pero que sean necesarios para que permanezca en un entorno comunitario, en lugar de en una institución. Por ejemplo, si necesita modificaciones en el hogar para satisfacer sus necesidades en un entorno basado en la comunidad, no podemos pagar esos costos como una afección relacionada con CCS; sin embargo, si tiene inscripción en una exención 1915(c), las modificaciones en el hogar pueden estar cubiertas si son necesarias desde el punto de vista médico para evitar su ingreso en una institución.

Condados con los programas Whole Child Model y CCS

La siguiente tabla indica qué condados participan en el programa Whole Child Model y qué condados participan en California Children's Services.

Condado	Whole Child Model: pagamos los servicios para las afecciones elegibles para CCS	CCS: el programa CCS paga los servicios relacionados con las afecciones elegibles para CCS
Alameda		X
Amador		X
Contra Costa		X
El Dorado		X



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Condado	Whole Child Model: pagamos los servicios para las afecciones elegibles para CCS	CCS: el programa CCS paga los servicios relacionados con las afecciones elegibles para CCS
Fresno		X
Imperial		X
Kern		X
Kings		X
Los Angeles		X
Madera		X
Marin	X	
Mariposa	X	
Napa	X	
Orange	X	
Placer	X	
Riverside		X
Sacramento		X
San Bernardino		X



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
 días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Condado	Whole Child Model: pagamos los servicios para las afecciones elegibles para CCS	CCS: el programa CCS paga los servicios relacionados con las afecciones elegibles para CCS
San Diego		X
San Francisco		X
San Mateo	X	
Santa Cruz	X	
Solano	X	
Sonoma	X	
Stanislaus		X
Sutter	X	
Tulare		X
Ventura		X
Yolo	X	
Yuba	X	



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
 días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente

Kaiser Permanente no cubre algunos servicios, pero usted puede obtenerlos a través de FFS de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. Nos coordinaremos con otros programas para asegurarnos de que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, incluidos los Servicios Cubiertos por otro programa y no por nosotros. Esta sección menciona algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Dental Managed Care en los Condados de Sacramento y Los Angeles

El programa de atención dental administrada Medi-Cal Dental Managed Care utiliza los planes de atención médica administrada para proporcionar los servicios dentales. Debe inscribirse en Dental Managed Care. En algunos casos, puede calificar para una exención de inscripción en Dental Managed Care. Para obtener más información, visite Opciones de Atención Médica en: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> (en inglés). También puede llamar a Opciones de Atención Médica al **1-800-430-4263**.

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

Servicios dentales en otros condados

El Medi-Cal Dental Program es el mismo que Pago por Servicio de Medi-Cal para sus servicios dentales. Antes de recibir servicios dentales, debe mostrar su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) al proveedor dental y asegurarse de que este acepte FFS dental.

Medi-Cal cubre algunos servicios dentales, entre ellos:

- higiene dental preventiva y diagnóstica (como exámenes, radiografías y limpiezas dentales)
- servicios de emergencia para el control del dolor



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- extracciones de dientes
- empastes
- tratamientos del conducto radicular (anterior/posterior)
- coronas (prefabricadas/laboratorio)
- raspado dental y alisado radicular
- dentaduras postizas completas y parciales
- ortodoncia para niños que califican
- fluoruro tópico

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Medi-Cal Dental Program al **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** o **711**). También puede visitar el sitio web del Medi-Cal Dental Program en <https://www.dental.dhcs.ca.gov> (en inglés) o <https://smilecalifornia.org/> (en inglés).

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx

Los medicamentos recetados que administra una farmacia para pacientes ambulatorios están cubiertos por Medi-Cal Rx, que es una parte de FFS de Medi-Cal. Si su proveedor le receta medicamentos que se administran en el consultorio médico o un centro de infusión intravenosa, se pueden considerar medicamentos administrados por un médico.

Lista de Medicamentos por Contrato (“CDL”) de Medi-Cal Rx

La Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal es la lista de medicamentos, incluidos los que requieren aprobación previa, de Medi-Cal Rx. Su proveedor le puede recetar sus medicamentos de la Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal Rx. Para que Medi-Cal Rx pueda cubrir el artículo, este debe estar en la Lista de medicamentos por contrato (Contract Drug List, “CDL”) de Medi-Cal o Medi-Cal Rx debe realizar una aprobación previa. Su proveedor puede informarle si un medicamento está incluido en la CDL de Medi-Cal Rx.

Algunas veces, necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos por Contrato. Estos medicamentos necesitan aprobación antes de que usted pueda surtir la receta médica en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará y decidirá sobre estas solicitudes en un plazo de 24 horas.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

Un farmacéutico de su farmacia para pacientes ambulatorios puede darle un suministro de emergencia de 14 días si considera que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará la medicina de emergencia que se administre en una farmacia para pacientes ambulatorios.

Medi-Cal Rx puede responder que no a una solicitud que no sea de emergencia. Si responde que no, le enviarán una carta con los motivos. Le indicarán cuáles son sus opciones. Para obtener más información, lea “Quejas” en el Capítulo 6, “Bienestar de niños y jóvenes”, de esta Guía para Miembros.

Para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos por Contrato o para obtener una copia de esta lista, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presione **7** o **711**. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> (en inglés).

Farmacias de Medi-Cal Rx

Si usted está surtiendo o volviendo a surtir medicamentos recetados, debe obtener sus medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Todas las farmacias para pacientes ambulatorios de Kaiser Permanente en California trabajan con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> (en inglés).

También puede localizar una farmacia cerca de usted o una farmacia que le envíe sus medicamentos recetados por correo postal si llama a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presiona **7** o **711**.

Una vez que haya elegido una farmacia, su proveedor puede enviarle electrónicamente una receta médica a su farmacia. Su proveedor también le puede dar una receta médica escrita para que la lleve a la farmacia. Entregue en la farmacia su receta médica con su tarjeta de identificación de beneficios (“BIC”) de Medi-Cal. Asegúrese de que la farmacia sepa todas las medicinas que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta médica, consulte al farmacéutico.

Los miembros también pueden solicitarnos servicios de transporte para acudir a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

Servicios especializados de salud mental (“SMHS”)

Algunos servicios de salud mental tienen cobertura de los planes de salud mental del condado en vez de la nuestra. Estos incluyen los SMHS para los miembros de Medi-Cal que cumplen las reglas para los SMHS. Los SMHS pueden incluir lo siguiente:

servicios para pacientes ambulatorios

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- servicios de rehabilitación diurnos
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de estabilización en casos de crisis
- administración de casos específica
- servicios de comportamiento terapéuticos cubiertos para miembros menores de 21 años de edad
- coordinación de cuidados intensivos (intensive care coordination, “ICC”) cubiertos para miembros menores de 21 años de edad
- servicios intensivos basados en el hogar
- (intensive home-based services, “IHBS”) cubiertos para miembros menores de 21 años de edad
- cuidados de crianza terapéuticos (therapeutic foster care, “TFC”) cubiertos para miembros menores de 21 años de edad
- servicios móviles en casos de crisis
- servicios de apoyo de grupo (Peer Support Services, “PSS”) (opcional)

Tratamientos residenciales

- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento en entorno residencial en casos de crisis

Servicios para pacientes hospitalizados

- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos
- servicios en centros de salud psiquiátricos

Para obtener más información sobre los SMHS que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo de los condados, visite: dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx (en inglés). Si detectamos que necesita los servicios del plan de salud mental del condado, le ayudaremos a ponerse en contacto con los servicios del plan de salud mental del condado.

Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (“SUD”)

Animamos a los miembros que desean ayuda con el consumo de alcohol u otras sustancias a que obtengan atención. Los servicios por consumo de sustancias están disponibles a través de proveedores, como atención médica primaria, hospitales para pacientes internos y salas de emergencias, y a través de proveedores de servicios por consumo de sustancias. Los servicios para SUD se proporcionan a través de los condados. Según el lugar donde viva, algunos condados ofrecen más opciones de tratamiento y servicios de recuperación.

Los miembros de Kaiser Permanente pueden realizar una evaluación para encontrar los servicios que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias de salud. Un miembro puede solicitar servicios para la salud del comportamiento, incluidas evaluaciones de SUD, al comunicarse con nosotros. Los miembros también pueden visitar a su PCP, quien puede referirlos a un proveedor de SUD para que les realice una evaluación. Cuando son necesarios desde el punto de vista médico, los servicios disponibles incluyen tratamiento para pacientes ambulatorios y medicinas para SUD (también conocidas como medicamentos para el tratamiento de adicciones [Medication for Addiction Treatment, “MAT”]), como buprenorfina, metadona y naltrexona. Proporcionaremos u organizaremos la administración del MAT a través de atención médica primaria, hospitales para pacientes internos, departamentos de emergencias y otros entornos médicos.

Los miembros que se identifican para los servicios de tratamiento de SUD son referidos al programa de trastornos por abuso de sustancias de su condado para recibir tratamiento. Los miembros pueden ser referidos por su PCP o autorreferirse al comunicarse directamente con un proveedor de SUD. Si un miembro se autorrefiere, el proveedor realizará una prueba de detección y una evaluación iniciales para decidir si reúne los requisitos y el nivel de atención que necesita. Para obtener una lista de todos los números de teléfono de los condados, visite: https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx (en inglés).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Exenciones 1915(c) de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Las seis exenciones 1915(c) de Medi-Cal de California (programas especiales del gobierno) permiten al estado proporcionar servicios y apoyo a largo plazo (“LTSS”) a personas en el entorno comunitario de su elección, en vez de obtener atención en un centro de enfermería u hospital. Medi-Cal tiene un acuerdo con el Gobierno federal que permite que los servicios de la exención se ofrezcan en un hogar privado o en un entorno comunitario similar al hogar.

Los servicios proporcionados bajo las exenciones no deben costar más que obtener la misma atención en un entorno institucional. Los beneficiarios de la Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) deben reunir los requisitos para obtener Medi-Cal completo.

Algunas exenciones 1915 (c) tienen disponibilidad limitada en todo el estado de California o puede tener una lista de espera. Las seis exenciones 1915(c) de Medi-Cal son:

- Exención de Vida Asistida (Assisted Living Waiver, “ALW”)
- Exención del Programa de Autodeterminación de California (Self-Determination Program, “SDP”) para personas con discapacidades del desarrollo
- Exención de los HCBS para californianos con Discapacidades del Desarrollo (HCBS-Developmental Disabilities, “HCBS-DD”)
- Exención de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Alternatives, “HCBA”)
- Medi-Cal Waiver Program (“MCWP”), anteriormente conocido como Exención de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“VIH/sida”)
- Multipurpose Senior Services Program (“MSSP”)

Para obtener más información sobre las exenciones de Medi-Cal, visite:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalWaivers.aspx> (en inglés). O

llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

In-Home Supportive Services (“IHSS”)

El programa In-Home Supportive Services (“IHSS”) proporciona asistencia en el hogar y para el cuidado personal como alternativa a los cuidados fuera del hogar a las personas que cumplen los requisitos de elegibilidad de Medi-Cal, incluidas las personas mayores, invidentes o con discapacidad. El programa IHSS permite a los beneficiarios permanecer en sus propios hogares de forma segura. Su proveedor de atención médica debe aceptar que usted necesita asistencia con el cuidado personal en el hogar y que correría el riesgo de ser atendido con cuidados fuera del hogar si no recibiera los servicios de IHSS. El programa IHSS también realizará una evaluación de necesidades.

Para obtener más información sobre los servicios de IHSS disponibles en su condado, visite <https://www.cdss.ca.gov/in-home-supportive-services> (en inglés). O llame a la agencia local de servicios sociales de su condado.

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

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

Servicios de la LEA relacionados con los planes de educación individualizada (IEP) y los planes de servicios familiares individualizados (IFSP)

El plan de salud no es responsable de la cobertura de los servicios de la LEA provistos de conformidad con un plan de educación individualizada (Individualized Education Plan, “IEP”), como se establece en la Sección 56340 y subsecuentes del Código de Educación, o un plan de servicios familiares individualizados (Individualized Family Service Plan, “IFSP”), como se establece en la Sección 95020 del Código de Gobierno, o servicios de la LEA provistos bajo un plan de salud y apoyo individualizado (Individualized Health and Support Plan, IHSP), como se describe en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios de laboratorio para el programa estatal de pruebas de alfafetoproteína

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

Cuidado de la Salud Pediátrico Diurno

La cobertura de los servicios de atención para la salud pediátricos diurnos se brinda a través de FFS de Medi-Cal. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Oración o sanación espiritual

Los servicios de oración o sanación espiritual, conforme se establece en la Sección 51312 del Título 22 del CCR, están disponibles a través de FFS de Medi-Cal. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Servicios específicos de administración de casos

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente ni por Medi-Cal

Esta sección describe los servicios que ni nosotros ni Medi-Cal cubriremos. Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información o llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Ciertos exámenes y servicios

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

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

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

Artículos para comodidad o conveniencia

La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos o elementos de comodidad, conveniencia o lujo. Estos incluyen artículos que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un Miembro, un familiar del Miembro o del proveedor de atención médica del Miembro. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche regulares que se les proporcionan a las mujeres después de un embarazo. Esta exclusión no se aplica a los artículos que se aprueban para usted por medio del programa Community Supports. Para obtener más información sobre Community Supports, consulte ese título previamente en el capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.

Servicios estéticos

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- implantes testiculares colocados como parte de una cirugía reconstructiva con cobertura
- prótesis de seno necesarias después de una mastectomía o tumorectomía
- prótesis para reemplazar la totalidad o parte de una parte externa de la cara

Suministros desechables

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

- tratamiento de diálisis/hemodiálisis
- equipo médico duradero
- atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- suministros, equipos y dispositivos médicos
- medicamentos recetados

Servicios experimentales

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

Servicios de fertilidad

La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios para ayudar a la mujer a quedar embarazada, incluidos servicios de infertilidad, inseminación artificial y servicios de tecnología de reproducción asistida. Los servicios para la preservación de la fertilidad no están cubiertos por Medi-Cal.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Tratamiento para el crecimiento o la caída del cabello

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

Artículos y servicios que no son para la atención médica

La cobertura de Medi-Cal no incluye los artículos o servicios que no son para la atención médica, a menos que estén autorizados para usted conforme al programa Community Supports o el equipo médico duradero. Por ejemplo, no cubrimos:

- Enseñanza de modales y etiqueta.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Asesoramiento o clases particulares académicas para desarrollar habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo.
- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia.
- Exámenes educativos.
- Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que la exclusión de “enseñanza de cómo tocar un instrumento” no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura conforme a la sección “Tratamientos de Salud del Comportamiento” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros.
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales.
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Modificaciones a su hogar o auto, a menos que sean cambios temporales y se determine que son necesarios desde el punto de vista médico o sean aprobados conforme a Community Supports.
- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros:
 - atención médica a domicilio
 - Cuidados paliativos y para enfermos terminales
 - servicios de rehabilitación y habilitación
 - servicios en centros de enfermería especializada

Masoterapia

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

- Atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Servicios de rehabilitación y habilitación

Servicios de cuidado personal

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

- Cuidados paliativos y para enfermos terminales
- Servicios y apoyo a largo plazo



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Atención en centros de enfermería especializada/de atención intermedia o subaguda
- Community Supports

Reversión de la esterilización

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

Artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies

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

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos

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

- Atención de emergencia cubierta que se reciba en Canadá o México
- Servicios Cubiertos conforme a “Ensayos clínicos” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros
- servicios proporcionados como parte de los servicios de investigación cubiertos, como se describe en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros

Servicios brindados por personas no certificadas

La cobertura de Medi-Cal por lo general no incluye los servicios que son realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención médica, y en los casos en que la afección del Miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica certificado.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- servicios cubiertos en el título “Tratamientos de salud del comportamiento” de “Servicios de rehabilitación y habilitación” en el Capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de esta Guía para Miembros
- apoyos del programa Community Supports cubiertos y aprobados para usted
- servicios de doulas cubiertos
- servicios de trabajadores de salud comunitaria cubiertos

Servicios relacionados con un servicio sin cobertura

Cuando un servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los servicios relacionados con este servicio no cubierto. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones que resulten de los Servicios no cubiertos, si esas complicaciones estuvieran cubiertas por Medi-Cal. Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si después sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios estén cubiertos por Medi-Cal.

Administración de los casos de intoxicación por plomo proporcionada por los departamentos de salud de los condados

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

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

5. Bienestar de niños y jóvenes

Los niños y jóvenes miembros menores de 21 años de edad pueden recibir los servicios de atención para la salud que necesitan en cuanto se inscriben. Esto garantiza que obtengan los servicios preventivos, dentales y de salud mental adecuados, incluidos los servicios especializados y del desarrollo. Este capítulo explica estos servicios.

Medi-Cal for Kids and Teens

Los servicios de atención para la salud necesarios están cubiertos y son gratuitos para los miembros menores de 21 años de edad. La siguiente lista incluye los servicios necesarios desde el punto de vista médico para tratar o atender cualquier defecto y diagnóstico físico o mental. Los Servicios Cubiertos incluyen, entre otros:

- Consultas de bienestar infantil y exámenes médicos para jóvenes (consultas importantes que los niños necesitan).
- Vacunas (inyecciones).
- Evaluación y tratamiento de la salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias).
- Evaluación y tratamiento de salud mental, incluida psicoterapia individual, grupal y familiar (los servicios especializados de salud mental [specialty mental health services, “SMHS”] están cubiertos por el condado).
- Evaluación de experiencias adversas de la infancia (Adverse childhood experiences, “ACE”).
- Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, “ECM”) para poblaciones de interés (Populations of Focus, POF) infantiles y juveniles (un beneficio del plan de atención médica administrada [Managed Care Plan, “MCP”] de Medi-Cal).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre.
- Educación preventiva y para la salud.
- Servicios para la vista.
- Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental con Pago por Servicio [Fee-for-Service, FFS] o Dental Managed Care).
- Servicios de audición (cubiertos por Whole Child Model para los niños que califican. Nosotros cubriremos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que Whole Child Model o California Children's Services [CCS] no cubran).
- Servicios de salud domiciliaria, como enfermería privada (Private Duty Nursing, "PDN"), terapia ocupacional, fisioterapia y equipo y suministros médicos.

A estos servicios se les llama servicios del programa Medi-Cal for Kids and Teens (también conocido como Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico [Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, "EPSDT"]).

Puede obtener información adicional para los miembros acerca de Medi-Cal for Kids and Teens aquí:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal-For-Kids-and-Teens/Pages/Member-Information.aspx> (en inglés).

Los servicios de Medi-Cal for Kids and Teens que recomiendan las pautas de pediatría de Bright Futures para ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse sanos están cubiertos sin costo. Para consultar las pautas de Bright Futures, visite:

https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf (en inglés).

Administración de la Atención Mejorada ("ECM")

La Administración de la Atención Mejorada (ECM) es un beneficio del plan de atención médica administrada (MCP) de Medi-Cal disponible en todos los condados de California para apoyar la administración de la atención integral de los miembros del MCP con necesidades complejas. Dado que los niños y jóvenes con necesidades complejas a menudo ya son atendidos por uno o más administradores de caso u otros proveedores de servicios dentro de un sistema de prestación fragmentado, la ECM ofrece



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

coordinación entre los sistemas. Las poblaciones de interés infantiles y juveniles elegibles para este beneficio incluyen:

- niños y jóvenes sin hogar
- niños y jóvenes en riesgo de utilización evitable de un hospital o sala de emergencias
- niños y jóvenes con necesidades graves de salud mental o trastornos por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, “SUD”)
- niños y jóvenes inscritos en California Children’s Services (“CCS”) o Whole Child Model (“WCM”) de CCS con necesidades adicionales más allá de la afección de CCS
- niños y jóvenes involucrados en el bienestar infantil
- niños y jóvenes en transición de un centro correccional juvenil

Puede obtener información adicional sobre la ECM en:

<https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/ECM/Documents/ECM-Children-And-Youth-POFs-Spotlight.pdf> (en inglés).

Además, se recomienda encarecidamente a los administradores de atención principales de ECM que evalúen las necesidades de los miembros de ECM en cuanto a los servicios de Community Supports proporcionados por los MCP como alternativas económicas a los servicios o entornos médicos tradicionales y que los refieran a dichos servicios de Community Supports cuando sean elegibles y estén disponibles. Los niños y jóvenes pueden beneficiarse de muchos de los servicios de Community Supports, incluidos el tratamiento del asma, la asistencia para encontrar vivienda, el relevo médico y los centros de rehabilitación.

Community Supports son servicios proporcionados por los planes de atención médica administrada (“MCP”) de Medi-Cal y están disponibles para los miembros elegibles de Medi-Cal independientemente de si califican para los servicios de ECM.

Puede obtener más información sobre Community Supports en: **<https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/Documents/DHCS-Medi-Cal-Community-Supports-Supplemental-Fact-Sheet.pdf>** (en inglés).

Algunos de los servicios disponibles a través de Medi-Cal for Kids and Teens, como la enfermería privada (Private Duty Nursing, PDN), se consideran servicios suplementarios.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

No están disponibles para los miembros de Medi-Cal mayores de 21 años de edad. Para seguir recibiendo estos servicios de forma gratuita, es posible que usted o su hijo tengan que inscribirse en una exención 1915(c) de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, “HCBS”) u otros Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, “LTSS”) al cumplir 21 años de edad o antes.

Si usted o su hijo reciben servicios suplementarios a través de Medi-Cal for Kids and Teens y va a cumplir 21 años de edad próximamente, comuníquese con nosotros para hablar de las opciones de atención continuada.

Exámenes médicos para el bienestar infantil y atención preventiva

La atención preventiva incluye exámenes médicos, pruebas de detección regulares para ayudar a su médico a encontrar problemas en una etapa temprana y servicios de asesoramiento para detectar enfermedades, problemas de salud o afecciones médicas antes de que causen problemas. Los exámenes médicos regulares le ayudan a usted o al médico de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, auditivos, de salud mental y cualquier trastorno por abuso de sustancias (alcohol o drogas). Cubrimos los exámenes médicos para detectar problemas (incluida la evaluación del nivel de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su examen médico regular, o el de su hijo.

La atención preventiva también incluye vacunas que usted o su hijo necesitan. Debemos asegurarnos de que todos los niños inscritos estén al día con todas las vacunas que necesitan cuando tengan sus consultas con su médico. Los servicios de atención preventiva y las pruebas de detección están disponibles sin costo y sin aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debe acudir a los exámenes médicos a estas edades:

- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| ▪ 2 a 4 días después del nacimiento | ▪ 4 meses |
| ▪ 1 mes | ▪ 6 meses |
| ▪ 2 meses | ▪ 9 meses |



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- una vez al año de los 3 a los 20 años de edad

Los exámenes médicos para el bienestar infantil incluyen:

- Un historial completo y un examen físico de pies a cabeza.
- Vacunas apropiadas para la edad (California sigue la programación de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf [en inglés]).
- Pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre, si son apropiadas para la edad o si son necesarias.
- Educación para la salud.
- Examen auditivo y de la vista.
- Examen de salud bucal.
- Evaluación de la salud del comportamiento.

Si el proveedor de atención médica detecta un problema en su salud física o mental o en la de su hijo durante un examen médico o en una prueba de detección, es posible que usted o su hijo necesiten recibir atención médica adicional. Cubriremos esa atención de forma gratuita, que incluye lo siguiente:

- médico, enfermero practicante y atención hospitalaria
- vacunas para mantenerle saludable
- fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y ocupacional
- servicios de salud domiciliaria, incluye equipo, suministros y dispositivos médicos
- tratamiento para problemas de la vista, incluye anteojos
- tratamiento para problemas de audición, incluye ayuda auditiva cuando no está cubierta por el programa California Children's Services ("CCS")



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- tratamiento de Salud del Comportamiento para condiciones de salud, como trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo
- administración de casos y educación para la salud
- cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar la función o crear una apariencia normal

Pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre

Todos los niños inscritos en Kaiser Permanente deben realizarse pruebas de detección de intoxicación por plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad, o entre los 24 y 72 meses de edad si no se las realizaron antes. Los niños pueden realizarse una prueba de detección de plomo en la sangre si uno de sus padres o el tutor legal la solicita. Los niños también deben realizarse una prueba de detección siempre que el médico crea que un cambio en su vida puso al niño en riesgo.

Ayuda para la obtención de los servicios de bienestar de niños y jóvenes

Ayudaremos a los miembros menores de 21 años de edad y a sus familias a obtener los servicios que necesitan.

Un coordinador de atención de Kaiser Permanente puede:

- informarle sobre los servicios disponibles
- ayudar a encontrar proveedores de la red o proveedores fuera de la red, cuando sea necesario
- ayudar a hacer citas
- coordinar el transporte médico y el transporte no médico para que los niños puedan llegar a sus citas



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- ayudar a coordinar la atención médica para los servicios que no están cubiertos por el MCP, pero que pueden estar disponibles a través de Pago por Servicio (FFS) de Medi-Cal, como, entre otros:
 - servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias (“SUD”)
 - tratamiento para problemas dentales, incluida la ortodoncia

Otros servicios que los niños pueden obtener a través de Pago por Servicio (“FFS”) de Medi-Cal o de otros programas

Revisiones dentales

Mantenga limpias las encías de su bebé, límpielas suavemente con una toallita todos los días. Entre los 4 y 6 meses, la dentición comenzará cuando los dientes del bebé empiecen a salir. Debe hacer una cita para la primera consulta dental de su hijo en cuanto salga su primer diente de leche o cuando cumpla un año, lo que ocurra primero.

Estos servicios dentales de Medi-Cal son servicios sin costo para:

Bebés de 0 a 3 años

- | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ▪ primera consulta dental del bebé | ▪ barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces más) |
| ▪ primer examen dental del bebé | ▪ empastes |
| ▪ exámenes dentales (cada seis meses y a veces más) | ▪ extracciones de dientes |
| ▪ radiografías | ▪ servicios dentales de emergencia |
| ▪ limpieza de dientes (cada seis meses y a veces más) | ▪ *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico) |



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Niños de 4 a 12 años

- exámenes dentales (cada seis meses y a veces más)
- radiografías
- barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces más)
- limpieza de dientes (cada seis meses y a veces más)
- selladores de muelas
- empastes
- endodoncias
- extracciones de dientes
- servicios dentales de emergencia
- *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico)

Jóvenes de 13 a 20 años

- exámenes dentales (cada seis meses y a veces más)
- radiografías
- barniz de fluoruro (cada seis meses y a veces más)
- limpieza de dientes (cada seis meses y a veces más)
- ortodoncia (aparatos de ortodoncia) para quienes califican
- empastes
- coronas
- endodoncias
- dentaduras postizas parciales y completas
- raspado dental y alisado radicular
- extracciones de dientes
- servicios dentales de emergencia
- *sedación (si es necesaria desde el punto de vista médico)

*Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinen y documenten una razón por la que la anestesia local no es médicamente apropiada, y cuando el tratamiento dental tiene aprobación previa o no necesita aprobación previa (autorización previa).

Estas son algunas de las razones por las que no puede utilizarse la anestesia local, y en cambio puede utilizarse la sedación o la anestesia general:

- una afección física, del comportamiento, del desarrollo o emocional que impida al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- procedimientos restaurativos o quirúrgicos mayores
- un niño que no coopera
- una infección aguda en el lugar de una inyección
- fracaso de la anestesia local para controlar el dolor

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a la línea de servicio al cliente de Medi-Cal Dental al **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** o **711**), o visite: <https://smilecalifornia.org/> (en inglés).

Servicios de referidos adicionales a educación preventiva

Si le preocupa que su hijo no participe ni aprenda bien en la escuela, hable con el médico, los maestros o administradores de la escuela de su hijo. Además de los beneficios médicos que nosotros cubrimos, hay servicios que la escuela debe brindar para ayudarle a su hijo a aprender y no atrasarse. Los servicios que se pueden brindar para ayudar a su hijo a aprender incluyen:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ▪ servicios del habla y del lenguaje | ▪ servicios de Trabajo Social |
| ▪ servicios psicológicos | ▪ servicios de asesoramiento |
| ▪ fisioterapia | ▪ servicios de enfermería escolar |
| ▪ terapia ocupacional | ▪ transporte hacia y desde la escuela |
| ▪ tecnología de asistencia | |

El Departamento de Educación de California proporciona y paga estos servicios. Junto con los médicos y maestros de su hijo, puede diseñar un plan personalizado que ayude de la mejor manera posible a su hijo.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

6. Cómo reportar y solucionar problemas

Hay dos formas de reportar y solucionar problemas:

- Utilice una **queja** (o **queja formal**) cuando tenga un problema o no esté de acuerdo con Kaiser Permanente o con un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibe de un proveedor.
- Utilice una **apelación** cuando no esté de acuerdo con nuestra decisión de cambiar sus servicios o no cubrirlos.

Tiene el derecho de presentar quejas formales y apelaciones con Kaiser Permanente para informarnos sobre su problema. Esto no le quita ninguno de sus derechos ni recursos legales. No discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja o reportar un problema. Si nos informa sobre su problema, podremos mejorar la atención para todos los miembros.

Puede comunicarse primero con Kaiser Permanente para informarnos cuando tenga un problema. Llámenos las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Infórmenos su problema. También puede decirnos en línea en **kp.org/espanol** o en persona en una oficina de Servicio a los Miembros de su centro de atención del plan local.

Si no se resuelve su queja formal o apelación después de 30 días, o si no está de acuerdo con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, “DMHC”) de California. Pida al DMHC que revise su queja o realice una revisión médica independiente (Independent Medical Review, “IMR”). Si su asunto es urgente, como los que involucran una amenaza grave para su salud, puede llamar al DMHC de inmediato, sin necesidad de presentarnos antes una queja formal o apelación. Puede llamar al DMHC sin costo al **1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o 711)**, o visite: **<https://www.dmhc.ca.gov>** (en inglés).

El Defensor General de los Derechos de la Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California también puede ayudar. Le puede ayudar si tiene



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o cancelarlo. También le puede ayudar si se mudó y tiene dificultades para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede comunicarse con el Defensor General de los Derechos al **1-888-452-8609** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratuita.

También puede presentar una queja formal sobre su elegibilidad para Medi-Cal en la oficina de elegibilidad de su condado. Si no sabe con quién puede presentar su queja formal, llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

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

Quejas

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

Si tiene una queja sobre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios o los servicios de farmacia que recibió a través de Medi-Cal Rx, presente su queja a Medi-Cal Rx. Puede presentar una queja por escrito o por teléfono si ingresa a **www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov** (en inglés) o llama a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Para todos los demás problemas, puede presentar una queja con nosotros en cualquier momento por teléfono, por escrito, en persona o en línea. Su representante autorizado o proveedor también puede presentar una queja en su nombre con su permiso.

Procedimiento Estándar

- **Por teléfono:** llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Proporcione su número de historia clínica del plan de salud, su nombre y el motivo de su queja.
- **Por correo postal:** para presentar una queja formal por escrito, utilice nuestro formulario de quejas formales, disponible en **kp.org/espanol** en “Formularios y Publicaciones”. También puede obtener el formulario en cualquier oficina de Servicio a los Miembros de un centro de atención del Plan o de los Proveedores



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

de la Red de Medi-Cal. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

Envíe el formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Member Case Resolution Center (para quejas formales estándar)
P.O. Box 939001
San Diego, CA 92193-9001

- **En línea:** llene el formulario de quejas formales en línea en **kp.org/espanol**.

Si necesita ayuda para presentar su queja, le podemos ayudar. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

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

Procedimiento Urgente

Si tiene un asunto urgente relacionado con un problema de salud grave, iniciaremos una revisión acelerada (rápida) y le comunicaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si desea que consideremos su queja formal con calidad de urgente, debe informarlo cuando presente su queja formal.

Nota: En ocasiones, urgente se menciona como “apremiante”. Si existen circunstancias apremiantes, es posible que su queja formal se revise mediante el procedimiento urgente que se describe en esta sección.

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

- **Por teléfono:** llame a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** envíe una solicitud escrita a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- **Por fax:** envíe por fax su solicitud escrita a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-2252**.
- **En persona:** visite una oficina de Servicio a los Miembros de un centro de atención del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de proveedores de Medi-Cal o llame a Servicio a los Miembros).
- **En línea:** llene el formulario de quejas formales en línea en **kp.org/espanol**.

Si necesita ayuda para presentar su queja formal urgente, le podemos ayudar. Ofrecemos servicios de idiomas sin costo. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

En un plazo de 72 horas a partir de que recibamos su queja, tomaremos una decisión sobre cómo manejaremos su queja y si la aceleraremos. Si determinamos que no aceleraremos su queja, le informaremos que resolveremos su queja dentro de un plazo de 30 días. Puede comunicarse directamente con el DMHC por cualquier motivo, incluido si cree que su problema reúne los requisitos para una revisión acelerada, si no le respondemos en el plazo de 72 horas o si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una revisión a través del proceso de quejas formales y apelaciones de Kaiser Permanente y una revisión médica independiente con el DMHC. El número de teléfono sin costo del DMHC es **1-888-466-2219** (TTY **1-877-688-9891**). Puede encontrar el formulario de revisión médica independiente o el formulario de quejas y las instrucciones en línea en: **<https://www.dmhc.ca.gov/>** (en inglés).

Apelaciones

Una apelación es distinta de una queja. Una apelación es una solicitud para que Kaiser Permanente revise y cambie una decisión que tomamos sobre sus servicios. Si le enviamos una Notificación de Acción (Notice of Action, “NOA”) que le informa que denegamos, demoramos, cambiamos o cancelamos un servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Su representante autorizado o proveedor también puede solicitarnos una apelación en su nombre con su permiso por escrito.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA de Kaiser Permanente. Si decidimos reducir, suspender o detener un servicio que está recibiendo ahora, puede continuar recibiendo ese servicio mientras espera que se resuelva su apelación. A esto se le conoce como ayuda pagada mientras espera. Para recibir la ayuda pagada mientras espera, debe solicitarnos una apelación en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha que se menciona en la NOA o antes de la fecha que le dijimos que suspenderíamos su servicio, lo que ocurra después. Cuando solicite una apelación en estas circunstancias, su servicio continuará mientras espera la decisión sobre su apelación.

Si desea apelar una decisión que Medi-Cal Rx tomó, puede solicitar una audiencia estatal. El Departamento de Servicios Sociales de California tiene un proceso de audiencia estatal si desea apelar una decisión de Medi-Cal Rx. Este proceso es diferente del proceso de apelaciones que usa para sus otros beneficios. En una audiencia estatal, un juez revisa su solicitud con información médica de los farmacéuticos del Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) para asegurarse de que la decisión cumpla la política de las farmacias de Medi-Cal.

Para todos los demás problemas, puede presentar una apelación por teléfono o por escrito por correo postal o en línea:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Proporcione su nombre, número de historia clínica y el motivo de su queja.
- **Por correo postal:** para presentar una apelación por escrito, utilice nuestro formulario de quejas formales, disponible en **kp.org/espanol** en “Formularios y Publicaciones”. También puede obtener el formulario en cualquier oficina de Servicio a los Miembros de un centro de atención del plan o de los proveedores de la red de Medi-Cal. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y el motivo de su apelación. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

Envíe el formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Member Case Resolution Center (para apelación estándar)
P.O. Box 9390011
San Diego, CA 92193-90011

- **En línea:** llene el formulario de quejas formales en línea en **kp.org/espanol**.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si necesita apoyo para solicitar una apelación o con la ayuda pagada mientras espera, podemos ayudarle. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

En un plazo de cinco días calendario de recibir su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le informaremos nuestra decisión de la apelación y le enviaremos una carta de Aviso de Resolución de Apelación (Notice of Appeal Resolution, “NAR”). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una audiencia estatal al Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, “CDSS”) y una revisión médica independiente (“IMR”) con el Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”).

Sin embargo, si primero solicita una audiencia estatal, y la audiencia se lleva a cabo para tratar sus problemas específicos, no podrá solicitar una IMR con el DMHC sobre los mismos problemas. En este caso, la decisión de la audiencia estatal será la definitiva. Sin embargo, aún puede presentar una queja ante el DMHC si sus problemas no califican para una IMR, aunque ya se haya llevado a cabo la audiencia estatal.

Procedimiento de apelaciones urgentes

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión acelerada porque el tiempo que lleva resolver su apelación podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Decidiremos en un plazo de 72 horas a partir de que recibamos su apelación.

Puede solicitar una revisión acelerada de una de las siguientes formas:

- **Por teléfono:** llame a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** envíe una solicitud escrita a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- **Por fax:** envíe por fax su solicitud escrita a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-2252**.
- **En persona:** visite una oficina de Servicio a los Miembros de un centro de atención del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de proveedores de Medi-Cal o llame a Servicio a los Miembros).
- **En línea:** llene el formulario de quejas formales en línea en **kp.org/espanol**.

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

Si presentó una apelación y recibió una carta de Aviso de Derechos de Apelaciones (Notice of Appeals Rights, “NAR”) donde le indicamos que no cambiamos nuestra decisión, o nunca recibió la carta de NAR y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Solicitar una **audiencia estatal** del Departamento de Servicios Sociales de California (“CDSS”) y un juez revisará su caso. El número de teléfono sin costo del CDSS es **1-800-743-8525** (TTY **1-800-952-8349**). También puede solicitar una audiencia estatal en línea en **<https://www.cdss.ca.gov>** (en inglés). Encontrará más formas de solicitar una audiencia estatal en la sección “Audiencias estatales”, más adelante en este capítulo.
- Presentar un formulario de Revisión Médica Independiente o un formulario de quejas al Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”) de California para que nuestra decisión se someta a revisión. Si su queja califica para el proceso de revisión médica independiente (“IMR”) del DMHC, un médico externo que no forma parte de Kaiser Permanente revisará su caso y tomará una decisión que deberemos seguir.

El número de teléfono sin costo del DMHC es **1-888-466-2219** (TTY **1-877-688-9891**). Puede encontrar el formulario de IMR o el formulario de quejas y las instrucciones en línea en: **<https://www.dmhca.gov>** (en inglés).

Usted no tendrá que pagar la audiencia estatal ni la IMR.

Tiene derecho tanto a una audiencia estatal como una IMR. Sin embargo, si primero solicita una audiencia estatal, y la audiencia se lleva a cabo para tratar sus problemas específicos, no podrá solicitar una IMR con el DMHC sobre los mismos problemas. En este caso, la decisión de la audiencia estatal será la definitiva. Sin embargo, aún puede presentar una queja ante el DMHC si los problemas no califican para una IMR, aunque ya se haya llevado a cabo la audiencia estatal.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Las secciones a continuación tienen más información sobre cómo solicitar una audiencia estatal o una IMR.

Kaiser Permanente no maneja las quejas ni apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Usted puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx si llama al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273**) y presiona **7** o **711**. Las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una revisión médica independiente (“IMR”) con el DMHC.

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una audiencia estatal. Las decisiones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de IMR con el DMHC.

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

Una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) es cuando un médico externo, no relacionado con el plan de salud, revisa su caso. Si desea una IMR, primero deberá presentar una apelación ante nosotros para inquietudes no urgentes. Si no nos comunicamos con usted en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con nuestra decisión, podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de seis meses contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación, pero solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal. Por lo tanto, si quiere una IMR y una audiencia estatal, presente su queja tan pronto como pueda.

Recuerde, si primero solicita una audiencia estatal, y la audiencia se lleva a cabo para tratar sus problemas específicos, no podrá solicitar una IMR con el DMHC de California sobre los mismos problemas. En este caso, la decisión de la audiencia estatal será la definitiva. Sin embargo, aún puede presentar una queja ante el DMHC si los problemas no califican para una IMR, aunque ya se haya llevado a cabo la audiencia estatal.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato, sin presentar primero una apelación ante nosotros. Esto ocurre en los casos en los que su problema de salud es urgente, como los que implican una amenaza grave para su salud o si se le denegó un servicio por ser experimental o de investigación.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

A continuación se explica cómo solicitar una IMR.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-855-839-7613 (TTY 711)** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas formales no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que haya quedado sin resolver durante más de 30 días. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (“IMR”). En este caso, el proceso de la IMR ofrecerá una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos que son experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono sin costo (**1-888-466-2219**) y un operador TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** (en inglés) encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Audiencias Estatales

Una audiencia estatal es una reunión con nosotros y un juez del Departamento de Servicios Sociales de California (“CDSS”). El juez ayudará a resolver su problema y decidirá si tomamos la decisión correcta o no. Tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si ya presentó una apelación ante Kaiser Permanente y todavía no está conforme con nuestra decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días calendario.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de Aviso de Derechos de Apelaciones (“NAR”). Si le proporcionamos una ayuda pagada mientras espera durante su apelación, y desea que continúe hasta que haya una decisión en su audiencia estatal, debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta de NAR o antes de la fecha que le dijimos que suspenderíamos sus servicios, lo que ocurra después.

Si necesita ayuda para asegurarse de que continuará la ayuda pagada mientras espera hasta que se tome una decisión final en su audiencia estatal, comuníquese con nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su representante autorizado o proveedor también puede solicitar una Audiencia Estatal en su nombre con su permiso por escrito.

En ocasiones, puede pedir una Audiencia Estatal sin completar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, puede solicitar una audiencia estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación si no le notificamos correctamente o a tiempo sobre nuestros servicios. Esto se conoce como agotamiento de opciones consideradas. Aquí hay algunos ejemplos de agotamiento de opciones consideradas:

- No pusimos a su disposición una carta de NOA o NAR en el idioma de su preferencia.
- Cometimos un error que afecta cualquiera de sus derechos.
- No le entregamos una carta de NOA.
- No le entregamos una carta de NAR.
- Cometimos un error en nuestra carta de NAR.
- No decidimos su apelación en un plazo de 30 días.
- Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar una audiencia estatal de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a la División de Audiencias Estatales del CDSS al **1-800-743-8525** (TTY **1-800-952-8349** o **711**).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- **Por correo postal:** llene el formulario proporcionado en su aviso de decisión de la apelación y envíelo por correo postal a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 9-17-433
Sacramento, CA 95814
- **En línea:** solicite una audiencia en línea en **www.cdss.ca.gov** (en inglés).
- **Por correo electrónico:** llene el formulario que recibió con su aviso de decisión de la apelación y envíelo por correo electrónico a **Scopeofbenefits@dss.ca.gov**.
 - Nota: Si lo envía por correo electrónico, existe el riesgo de que alguien más de la División de Audiencias Estatales pueda interceptar su correo electrónico. Considere usar un método más seguro para enviar su solicitud.
- **Por fax:** llene el formulario proporcionado en su aviso de decisión de la apelación y envíelo por fax sin costo a la División de Audiencias Estatales al **1-833-281-0903**.

Si necesita ayuda para solicitar una audiencia estatal, podemos ayudarle. Ofrecemos servicios de idiomas sin cargo. Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

En la audiencia, usted le dirá al juez por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Nosotros le diremos al juez cómo tomamos nuestra decisión. Puede tardar unos 90 días hasta que el juez dictamine sobre su caso. Debemos acatar lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión acelerada porque el tiempo que lleva una audiencia estatal podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una audiencia estatal acelerada (rápida). El CDSS debe tomar una decisión en un plazo máximo de tres días hábiles después de que reciba su expediente de caso completo de nuestra parte.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Fraude, despilfarro y abuso

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

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

- Falsificación de historias clínicas.
- Recetar más medicinas de las necesarias desde el punto de vista médico.
- Brindar más servicios de atención para la salud de los necesarios desde el punto de vista médico.
- Facturar servicios que no se brindaron.
- Cobrar por servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio.
- Ofrecer artículos y servicios sin cargo o con descuento a los miembros con la intención de influir en la selección del proveedor por parte del miembro.
- Cambiar al proveedor de atención médica primaria del miembro sin su conocimiento.

El fraude, despilfarro y abuso de una persona que recibe beneficios incluye, entre otros:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan de salud o una tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal a otra persona.
- Recibir tratamientos o medicinas similares o idénticos de más de un proveedor.
- Ir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Usar el número de Seguro Social o de identificación del plan de salud de otra persona.
- Trasladarse en transporte médico o transporte no médico para servicios que no están relacionados con la atención médica o para servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, o cuando no tiene una cita médica ni medicamentos recetados para recoger.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

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

Si nota posibles signos de mala conducta, comuníquese con nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos). También puede presentar su reporte por escrito en una oficina de Servicio a los Miembros. Puede encontrar las ubicaciones de nuestras oficinas de Servicio a los Miembros en el Directorio de proveedores de Medi-Cal.

Arbitraje Obligatorio

Cuando elige inscribirse en Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como su plan de salud de Medi-Cal, acepta utilizar el arbitraje obligatorio para la resolución de disputas. Este es un paso obligatorio antes de poder inscribirse en nuestro Medi-Cal Plan.

En el arbitraje obligatorio, ambas partes renuncian al derecho de apelar a un juicio por jurado o por tribunal. El arbitraje obligatorio es una manera de resolver problemas por medio de un tercero neutral. Este tercero escucha a ambas partes del problema y toma una decisión que ambas partes tienen que respetar.

¿Cuáles son las reglas del Arbitraje Obligatorio?

Existen reglas desarrolladas por la Junta Consultiva de Arbitraje en consulta con la Oficina del Administrador Independiente (Office of the Independent Administrator, “OIA”), Kaiser Permanente y otras partes interesadas que describen cómo se manejan los casos de arbitraje. Estas reglas son la Normativa de arbitrajes para Miembros de Kaiser Permanente supervisadas por la Oficina del Administrador Independiente. A estas reglas también se les conoce como Reglamento. La OIA es una oficina neutral e independiente responsable de administrar los arbitrajes entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y sus miembros de los planes de salud de California. La OIA no es parte de Kaiser Permanente. Puede hablar a Servicio a los Miembros para solicitar una copia del Reglamento.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Alcance del Arbitraje

El arbitraje obligatorio se aplicará a cualquier disputa si se cumplen todos los siguientes requisitos:

La reclamación se refiere a lo siguiente:

- negligencia profesional (una queja de que los servicios o artículos médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron o entregaron de manera indebida, negligente o incompetente);
- prestación de servicios o artículos, o
- responsabilidad civil de las instalaciones.
- La reclamación puede ser:
 - de su parte contra nosotros, o
 - de nuestra parte contra usted.

Le legislación aplicable no impide el uso del arbitraje obligatorio para resolver la reclamación.

Recuerde:

- Las reclamaciones que pueden resolverse a través del tribunal de demandas de menor cuantía no se someten al arbitraje obligatorio.
- No tiene que recurrir al arbitraje obligatorio para reclamaciones que puedan resolverse por medio de una audiencia estatal.
- No puede recurrir al arbitraje obligatorio si recibió una decisión sobre la reclamación por medio de una audiencia estatal.

Solo en esta sección “Arbitraje Obligatorio”, “usted” se refiere a:

- usted (un Miembro)
- sus herederos, familiares o la persona que usted designe para representarle
- alguien que reclame que existe una obligación pendiente para esa persona a causa de la relación de usted con nosotros



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Solo en esta sección “Arbitraje Obligatorio”, “nosotros” se refiere a:

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

Reglamento

Los arbitrajes obligatorios se llevan a cabo mediante el reglamento:

El reglamento fue desarrollado por la Junta Consultiva de Arbitraje en consulta con la Oficina del Administrador Independiente (“OIA”), Kaiser Permanente y otras partes interesadas.

Puede solicitar una copia del reglamento a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Cómo Solicitar un Arbitraje

Para solicitar un arbitraje obligatorio, debe presentar una solicitud formal. A esto se le llama Petición de Arbitraje, que incluye:

- Su descripción de la reclamación contra nosotros.
- La cantidad por daños o la resolución que solicita.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de todas las partes que presentan la reclamación. Si alguna de estas partes tiene un abogado, debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado.
- Los nombres de las partes contra las cuales está presentando la reclamación.

Todas las reclamaciones que surjan del mismo incidente deben incluirse en una única solicitud.

Si nosotros presentamos un reclamo contra usted, debemos seguir los mismos pasos descritos anteriormente para presentar una solicitud formal.

Dónde enviar una Petición de Arbitraje

Si presenta un reclamo contra KFHP, KFH, SCPMG, TPMG, The Permanente Federation, LLC o The Permanente Company, LLC debe enviar por correo postal la Petición de Arbitraje a:

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

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

Nos consideramos notificados cuando recibimos su Petición de Arbitraje.

Si nosotros presentamos un reclamo contra usted, enviaremos la Petición de Arbitraje a su dirección registrada.

Costos relacionados con el Arbitraje Obligatorio

Tarifa por presentación

Hay una tarifa por presentación de \$150 por cada Petición de Arbitraje que solicite, pagadera a la “Cuenta de Arbitraje”, y es la misma cantidad, independientemente del número de reclamos que solicite o el número de partes que nombre. La tarifa por presentación no es reembolsable.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Si no puede pagar la tarifa de presentación o su parte de los costos del arbitraje obligatorio, puede solicitar a la Oficina del Administrador Independiente una exención de cuota. Para solicitarla, debe llenar y enviar un formulario de exención de cuota a:

- la Oficina del Administrador Independiente, y
- las partes contra las cuales está presentando la reclamación.

El formulario de exención de cuota:

- Le informa cómo decide el administrador independiente si se exigirán o no las cuotas.
- Le explica qué cuotas pueden no ser exigidas.

Puede solicitar una copia del formulario de exención de cuota a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).

Honorarios y Gastos de los Árbitros

Nosotros pagaremos los honorarios del árbitro neutral en algunos casos. Para averiguar cuándo pagaremos los honorarios, consulte el Reglamento. Puede solicitar una copia del reglamento a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). En todos los demás casos, los honorarios se comparten por igual entre ambas partes. Si las partes seleccionan árbitros representantes, cada parte paga los honorarios de su árbitro representante.

Costos

Normalmente, cada parte debe pagar sus propios costos del arbitraje obligatorio, independientemente del resultado, como honorarios de abogados, testigos y otros costos.

Número de Árbitros

Algunos casos se definen mediante un árbitro que aceptan ambas partes (un árbitro neutral). En otros casos, puede haber un árbitro neutral y un árbitro elegido por cada parte, conocidos como árbitros representantes.

Los casos que solicitan hasta \$200,000 en daños se presentan ante un árbitro neutral, que debe mantenerse imparcial. En esos casos, ambas partes pueden acordar agregar



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

dos árbitros representantes, para tener un total de tres árbitros. El acuerdo para tener más de un árbitro debe hacerse después de que se haya presentado la Petición de Arbitraje. Cuando hay tres árbitros, dos representan a cada lado y el tercero es neutral. Los árbitros no pueden otorgar más de \$200,000.

Los casos que soliciten más de \$200,000 por daños pueden presentarse ante tres árbitros, uno neutral y dos árbitros representantes, cada uno elegido por cada una de las partes. Cualquiera de las partes puede renunciar a su derecho de tener un árbitro representante. Ambas partes en una disputa pueden acordar que el caso sea escuchado por un solo árbitro neutral. El acuerdo para un solo árbitro neutral debe hacerse después de que se haya presentado la Petición de Arbitraje.

Disposiciones Generales

No puede solicitar un arbitraje obligatorio si la reclamación no cumple el estatuto de limitaciones para esa reclamación en una demanda civil.

Se desestimarán su reclamación en alguno de los siguientes casos:

- Usted no siguió el reglamento.
- La audiencia no se ha efectuado y han pasado más de cinco años desde la primera de las siguientes fechas:
 - la fecha en que presentó la Petición de Arbitraje, o
 - la fecha en que inició una demanda civil en relación con el mismo incidente.

Es posible que el árbitro neutral desestime una reclamación por otras razones. Para que esto ocurra debe demostrarse un fundamento justificado.

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

La Ley de Reforma de Indemnización por Lesiones Médicas de California (California Medical Injury Compensation Reform Act) y sus enmiendas se aplican a todas las reclamaciones que permite la ley, como:

- el derecho a presentar evidencia de un pago de seguro o beneficio por discapacidad que haya recibido



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- límites a la cantidad de dinero que puede recuperar por pérdidas no económicas
- el derecho a que se hagan pagos periódicos de una asignación por daños futuros

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

- sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje (Federal Arbitration Act)
- el Código de Procedimientos Civiles de California
- el Reglamento



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

7. Derechos y responsabilidades

Como miembro de Kaiser Permanente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explicará tales derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye las notificaciones legales a las que tiene derecho como miembro de Kaiser Permanente.

Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro de Kaiser Permanente:

- Recibir un trato respetuoso y digno, con la debida consideración a su derecho de privacidad y necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica, como su historial médico, su afección mental y física o tratamiento, y su salud reproductiva o sexual.
- Recibir la información sobre el plan de salud y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los proveedores, los profesionales médicos y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Obtener información escrita para miembros totalmente traducida en su idioma preferido, incluidos todos los avisos de quejas formales y apelaciones.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los Miembros.
- Elegir un proveedor de atención primaria dentro de nuestra red de proveedores de Medi-Cal.
- Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Participar en la toma de decisiones con los proveedores sobre su atención médica, incluido el derecho a rehusar el tratamiento.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Dar a conocer sus quejas formales, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Conocer el motivo médico de nuestra decisión de denegar, retrasar, cancelar (suspender) o cambiar una solicitud de atención médica.
- Obtener coordinación para la atención.
- Solicitar una apelación para las decisiones de denegar, diferir o limitar los servicios o los beneficios.
- Obtener servicios de interpretación y traducción en su idioma sin costo.
- Solicitar ayuda legal sin costo en su oficina de ayuda legal local u otros grupos.
- Formular instrucciones anticipadas para la atención médica.
- Solicitar una audiencia estatal si se le niega un servicio o beneficio y ya nos presentó una apelación y todavía no está conforme con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días calendario, incluida información sobre las circunstancias en las que es posible una audiencia acelerada.
- Cancelar la afiliación a (darse de baja de) Kaiser Permanente y cambiar a otro plan de atención médica administrada en el condado cuando lo solicite.
- Tener acceso a los servicios con consentimiento del menor.
- Obtener información escrita para miembros sin costo en otros formatos, como braille, impresión en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, a solicitud y de manera oportuna según el formato que se solicite, y de acuerdo con la sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions, “W&I”).
- Estar libre de todo tipo de restricción o aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Discutir honestamente la información sobre las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, y que estas se presenten de una manera apropiada para su afección y capacidad de comprensión, sin importar el costo o la cobertura.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Tener acceso y obtener una copia de su historia clínica, y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 164.524 y 164.526.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar de manera negativa cómo le tratan en Kaiser Permanente, sus proveedores o el Estado.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Proveedores de Atención Médica para Personas Indígenas, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios para infecciones de transmisión sexual y atención de emergencia fuera de nuestra red, de conformidad con la ley federal.
- Conocer los nombres de las personas que le atienden y la clase de capacitación que tienen.
- Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible.
- Obtener una segunda opinión de un proveedor de la red de Medi-Cal en cualquier momento.

Sus responsabilidades

Los miembros de Kaiser Permanente tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer esta Guía para Miembros para saber qué cobertura tiene y cómo obtener servicios
- Usar sus tarjetas de identificación correctamente. Llevar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, una identificación con fotografía
- y su tarjeta de identificación de Medi-Cal cuando acuda para recibir atención.
- Asistir a sus citas.
- Informar a su proveedor acerca de su salud y sus antecedentes de salud.
- Seguir el plan de atención que hayan acordado usted y su proveedor.
- Reconocer el efecto que su estilo de vida tiene en su salud.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Tener consideración de los médicos de la red, otros miembros del personal de atención médica y los Miembros.
- Pagar los servicios que no tengan cobertura de Medi-Cal.
- Resolver los problemas como se describe en esta Guía para Miembros.
- Informarnos si le ingresan en un hospital fuera de la red.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida posible.

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos 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 de forma oportuna:

- 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).



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- 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 nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento 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 nosotros 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:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org/espanol** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- **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/espanol**.

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

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

Cómo presentar una queja 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:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en:
https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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. Usted 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 la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

Formas de involucrarse como miembro

Queremos conocer su opinión. Cada trimestre realizamos reuniones para hablar sobre lo que funciona bien y cómo podemos mejorar. Se invita a los Miembros a participar. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor de la Comunidad de Medi-Cal

El Comité Asesor de la Comunidad (Community Advisory Committee, “CAC”) de Medi-Cal está compuesto por miembros de Medi-Cal y organizaciones comunitarias. Puede solicitar unirse a esto como miembro del CAC o asistir a las reuniones como invitado público. El CAC brinda comentarios y recomendaciones a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. para mejorar los servicios a nuestros Miembros de Medi-Cal. Hay nueve comités en California.

Para obtener más información sobre el Comité Asesor de la Comunidad de Medi-Cal de su Región Base, puede comunicarse con el Equipo de Prestación de Atención y Operaciones de Medi-Cal o visitar el sitio web:



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- **Correo electrónico:** MediCalCommunity@kp.org
- **Sitio web:**
Región del Norte de California: kp.org/cac/ncal (en inglés)
Región del Sur de California: kp.org/cac/scal (en inglés)
- **Correo postal:**
ATTN: Medi-Cal Care Delivery and Operations Team 5th floor/CAC
Kaiser Permanente
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

Aviso sobre prácticas de privacidad

Si lo solicita, puede obtener un ejemplar de las políticas y los procedimientos de Kaiser Permanente para preservar la confidencialidad de las historias clínicas.

Si tiene la edad y la capacidad para consentir servicios sensibles, no es necesario que obtenga la autorización de ningún otro miembro para recibir los servicios ni para presentar una reclamación por los servicios sensibles. Para obtener más información sobre los servicios sensibles, lea “Atención sensible” en el Capítulo 3, “Cómo obtener atención”, de esta guía.

Puede solicitarnos que enviemos las comunicaciones sobre los servicios sensibles a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que usted elija. Esto se llama “solicitud de comunicaciones confidenciales”. Si da su consentimiento para recibir atención, no daremos información sobre sus servicios de atención sensible a nadie más sin su permiso por escrito. Si no proporciona una dirección postal, una dirección de correo electrónico ni un número de teléfono, enviaremos las comunicaciones a su nombre a la dirección o el número de teléfono registrados.

Cumpliremos sus solicitudes de recibir las comunicaciones confidenciales en la forma y el formato solicitados. O nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de poner en la forma y el formato solicitados. Las enviaremos a otro lugar de su elección. Su solicitud de comunicaciones confidenciales durará hasta que la cancele o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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. Puede solicitar comunicaciones confidenciales al llenar el formulario de solicitud de comunicación confidencial. El formulario está disponible en **kp.org/espanol** en “Solicitud de formularios de comunicaciones confidenciales”. Su solicitud de comunicaciones confidenciales tendrá validez hasta que nos diga que dejemos de usar el formulario o envíe una solicitud nueva de comunicaciones confidenciales. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, “PHI”). También se exige a todos los proveedores contratados que protejan la privacidad de su PHI. Su PHI es la información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención para la salud que recibe o los pagos por esta atención médica, a través de la cual se le puede identificar individualmente.

Generalmente, podrá ver y obtener copias de su PHI, corregir errores o actualizar su PHI y pedirnos una lista de ciertas revelaciones de su PHI. Puede pedir que 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.

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

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

Si se entera de que alguien utiliza indebidamente su información, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**) o con el director de privacidad del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California al **1-866-866-0602** Opción 1 (TTY **1-877-735-2929**). También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California a **privacyofficer@dhcs.ca.gov**.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Este es solo un breve resumen de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE OFRECE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI, ESTÁ DISPONIBLE SI LO SOLICITA. Para obtener una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Puede acudir a un centro de atención de Kaiser Permanente o descargarlo en línea en kp.org/espanol.

Aviso sobre la legislación

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

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud (“OHC”) y recuperación de daños

El programa Medi-Cal respeta las leyes y regulaciones estatales y federales sobre la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención para la salud proporcionados a los miembros. Kaiser Permanente tomará todas las medidas razonables para asegurarse de que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal pueden tener otra cobertura de salud (other health coverage, “OHC”), también conocida como seguro médico privado. Los miembros de Medi-Cal con OHC deben utilizar su OHC para los servicios cubiertos antes de utilizar sus beneficios de Medi-Cal. Como condición de elegibilidad de Medi-Cal, usted debe solicitar o retener cualquier OHC disponible cuando no tenga costo para usted.

Las leyes federales y estatales exigen que los miembros de Medi-Cal informen su OHC y cualquier cambio a su OHC existente. Es posible que tenga que reembolsar al DHCS



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

cualquier beneficio pagado por error si no informa la OHC oportunamente. Presente su OHC en línea en: <http://dhcs.ca.gov/OHC> (en inglés).

Si no tiene acceso a Internet, puede informarnos la OHC llamando a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). O puede llamar al Centro de Procesamiento de OHC del DHCS al **1-800-541-5555** (TTY **1-800-430-7077** o **711**) dentro de California o al **1-916-636-1980** fuera de California.

La siguiente es una lista parcial de los seguros que **no** se consideran OHC:

- Cobertura de lesiones personales o pagos médicos del seguro de automóvil. Nota: Lea los requisitos de notificación para los programas de lesiones personales y compensación del trabajador que se indican más adelante.
- Seguro de vida.
- Compensación del trabajador.
- Seguro de vivienda.
- Seguro complementario.
- Seguro de accidentes.
- Seguro de reposición de ingresos (por ejemplo, Aflac).

El DHCS tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medi-Cal para los que Medi-Cal no es el primer pagador. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico o en el trabajo, es posible que el seguro de automóvil o el seguro de compensación del trabajador tenga que pagar primero su atención médica o reembolsar a Medi-Cal si Medi-Cal pagó por los servicios.

Si se lesiona y otra persona es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificar al DHCS en un plazo de 30 días tras presentar una acción legal o una reclamación. Envíe su notificación en línea a:

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en kp.org/espanol.

Para obtener más información, visite el sitio web de la División de Responsabilidad Civil de Terceros y Recuperación del DHCS en: <https://dhcs.ca.gov/tplrd> (en inglés) o llame al **1-916-445-9891**.

Aviso sobre recuperación por medio de herencia

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso de los patrimonios de la sucesión testamentaria de ciertos miembros difuntos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de los 55 años de edad. El reembolso incluye el Pago por Servicio (Fee-for-Service, “FFS”) y las primas de atención médica administrada o los pagos de capitación por los servicios en centros de enfermería, los servicios basados en el hogar y la comunidad, y los servicios relacionados con el hospital y los medicamentos recetados recibidos cuando el miembro era un paciente hospitalizado en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios basados en el hogar y la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio de la sucesión testamentaria de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web del Estate Recovery Program del DHCS en <https://dhcs.ca.gov/er> (en inglés) o llame al **1-916-650-0590**.

Notificación de Acción

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

Contenidos de los avisos

Si basamos total o parcialmente las negaciones, retrasos, modificaciones, cancelaciones, suspensiones o reducciones de sus servicios en la necesidad desde el punto de vista médico, su NOA debe contener lo siguiente:



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

- Una declaración de la acción a tomar.
- Una explicación clara y concisa de los motivos para tomar nuestra decisión.
- Cómo tomamos la decisión, incluidas las reglas que utilizamos.
- Los motivos médicos de la decisión. Debemos indicar claramente por qué su afección no cumple las reglas o pautas.

Traducciones

Estamos obligados a traducir completamente y a proporcionar la información por escrito a los miembros en los idiomas comunes preferidos, incluidas todas las notificaciones de quejas formales y apelaciones.

La notificación totalmente traducida debe incluir el motivo médico de nuestra decisión de rechazar, retrasar, cambiar, cancelar, suspender o reducir una solicitud de servicios de atención para la salud.

Si la traducción en su idioma preferido no está disponible, le ofreceremos ayuda verbal en su idioma preferido para que pueda entender la información que recibe.

Aviso sobre circunstancias inusuales

Si sucede algo que limite nuestra capacidad para proporcionarle y organizar la atención, como un desastre importante, haremos nuestro mejor esfuerzo por ofrecerle la atención que necesita con los proveedores de la red de Medi-Cal y los centros de atención de la red que estén disponibles. Si tiene una condición médica de emergencia, acuda al hospital más cercano. Tiene cobertura para la atención de emergencia como se describe en la sección “Atención de Emergencia” de esta Guía para Miembros.

Aviso sobre la administración de sus beneficios

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



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros

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

Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores

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

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

Cuando usted elige inscribirse en el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan, los términos de esta Guía para Miembros son obligatorios para usted.

Avisos sobre su cobertura

Podemos enviarle actualizaciones sobre su cobertura de atención médica. Las enviaremos a la dirección más reciente que tengamos de usted. Si se muda o tiene una nueva dirección, indíquenos su nueva dirección lo antes posible llamando a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Además, notifíquenos su nueva dirección al evaluador de elegibilidad del condado.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

8. Números importantes y palabras clave

Números de teléfono importantes

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente:

- Inglés **1-855-839-7613**
(y más de 150 idiomas a través del servicio de interpretación)
- Español **1-800-788-0616**
- Dialectos chinos **1-800-757-7585**
- TTY **711**
- Autorización para obtener atención de postestabilización **1-800-225-8883 (TTY 711)**
- Línea de Citas y Consejos de Kaiser Permanente
 - Norte de California **1-866-454-8855 (TTY 711)**
 - Sur de California **1-833-574-2273 (TTY 711)**
- Opciones de Atención Médica **1-800-430-4263**
(TTY **1-800-430-7077**)
- Medi-Cal Rx **1-800-977-2273**
(TTY **711**)

Palabras clave

Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, “ECM”): la ECM es un enfoque de la atención interdisciplinario que ve a la persona de manera integral y que aborda las necesidades clínicas y no clínicas de los Miembros con las necesidades médicas y sociales más complejas.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613 (TTY 711)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Administrador de casos: enfermeros registrados, enfermeros vocacionales certificados, trabajadores sociales u otro personal designado que pueden ayudar a un miembro a entender problemas importantes de salud y coordinar la atención con los proveedores del miembro.

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

Aguda: afección médica breve y repentina que requiere atención médica rápida.

Aparato ortopédico: un dispositivo utilizado de forma externa al cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo muy lesionada o enferma, que es necesario desde el punto de vista médico para que el miembro se recupere.

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

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

Aprobación previa (autorización previa): el proceso por el que un miembro o su proveedor deben solicitar la aprobación de Kaiser Permanente para ciertos servicios para asegurarse de que los cubriremos. Un referido no es una aprobación. Una aprobación previa es lo mismo que la autorización previa.

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

Área de Servicio de Kaiser Permanente Medi-Cal Plan: el área geográfica para el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan. Debe vivir dentro de esta área para inscribirse y permanecer inscrito en el plan Kaiser Permanente Medi-Cal Plan:

Área de Servicio de la Región Base del Norte de California

- Condado de Alameda (completo): todos los códigos postales
- Condado de Amador (parcial): códigos postales 95640 y 95669
- Condado de Contra Costa (completo): todos los códigos postales



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Condado El Dorado (parcial): códigos postales 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762
- Condado de Fresno (parcial): códigos postales 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844 y 93888
- Condado de Kings (parcial): códigos postales 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656
- Condado de Madera (parcial): códigos postales 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669 y 93720
- Condado de Marin (completo): todos los códigos postales
- Los siguientes códigos postales del condado de Mariposa: 93601, 93623 y 93653
- Condado de Napa (completo): todos los códigos postales
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 95765
- Condado de Sacramento (completo): todos los códigos postales
- San Francisco (completo): todos los códigos postales
- Condado de San Joaquin (completo): todos los códigos postales
- Condado de San Mateo (completo): todos los códigos postales
- Condado de Santa Clara (parcial): códigos postales 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**. 203

- Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz
- Condado de Solano (completo): todos los códigos postales
- Condado de Sonoma (parcial): códigos postales 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87 y 95492
- Todos los códigos postales del condado de Stanislaus
- Condado de Sutter (parcial): códigos postales 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, y 95836-7
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673
- Condado de Yolo (parcial): códigos postales 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99
- Los siguientes códigos postales del condado de Yuba: 95692, 95903 y 95961

Área de Servicio de la Región Base del Sur de California

- Condado de Imperial (parcial): códigos postales 92274-75
- Condado de Kern (parcial): códigos postales 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61 y 93581
- Condado de Los Angeles (parcial): todos los códigos postales, 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,



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

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 y 93599

- Condado de Orange (completo): todos los códigos postales
- Condado de Riverside (parcial): códigos postales 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860 y 92877-83
- Condado de San Bernardino (parcial): códigos postales 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427 y 92880
- Condado de San Diego (parcial): códigos postales 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93 y 92195-99
- Condado de Tulare (parcial): códigos postales 93238 y 93261
- Condado de Ventura (parcial): códigos postales 90265, 91304, 91307, 91311,



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099 y 93252

Área de servicio de la Región Base: el área geográfica que define la región de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. en la cual está inscrito el miembro.

Área de Servicio de la Región Base del Norte de California

- Condado de Alameda (completo): todos los códigos postales
- Condado de Amador (parcial): códigos postales 95640 y 95669
- Condado de Contra Costa (completo): todos los códigos postales
- Condado El Dorado (parcial): códigos postales 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762
- Condado de Fresno (parcial): códigos postales 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844 y 93888
- Condado de Kings (parcial): códigos postales 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656
- Condado de Madera (parcial): códigos postales 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669 y 93720
- Condado de Marin (completo): todos los códigos postales
- Los siguientes códigos postales del condado de Mariposa: 93601, 93623 y 93653
- Condado de Napa (completo): todos los códigos postales
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47 y 95765



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Condado de Sacramento (completo): todos los códigos postales
- San Francisco (completo): todos los códigos postales
- Condado de San Joaquin (completo): todos los códigos postales
- Condado de San Mateo (completo): todos los códigos postales
- Condado de Santa Clara (parcial): códigos postales 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196
- Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz
- Condado de Solano (completo): todos los códigos postales
- Condado de Sonoma (parcial): códigos postales 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87 y 95492
- Todos los códigos postales del condado de Stanislaus
- Condado de Sutter (parcial): códigos postales 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, y 95836-7
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673
- Condado de Yolo (parcial): códigos postales 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95620, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99
- Los siguientes códigos postales del condado de Yuba: 95692, 95903 y 95961

Área de Servicio de la Región Base del Sur de California

- Condado de Imperial (parcial): códigos postales 92274-75



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

- Condado de Kern (parcial): códigos postales 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61 y 93581
- Condado de Los Angeles (parcial): todos los códigos postales, 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 y 93599
- Condado de Orange (completo): todos los códigos postales
- Condado de Riverside (parcial): códigos postales 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860 y 92877-83
- Condado de San Bernardino (parcial): códigos postales 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,



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
 Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427 y 92880

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

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

Atención a pacientes ambulatorios en un hospital: atención médica o quirúrgica realizada en un hospital sin una admisión como paciente hospitalizado.

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

Atención de enfermería especializada: Servicios Cubiertos brindados por enfermeros, técnicos o terapeutas certificados durante su estadía en un centro de enfermería especializada o el domicilio de un miembro.

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

Atención de urgencia (o servicios de urgencia): los servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección que no es de emergencia y que requiere atención médica. Los miembros pueden obtener atención de urgencia de un proveedor de Medi-Cal fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

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

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

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

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

Atención Sensible: servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con la salud mental, sexual y reproductiva, la planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (“ITS”), VIH/SIDA, el abuso sexual y abortos, trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, “SUD”), la atención para la afirmación del género y la violencia en la pareja.

Autorización previa (aprobación previa): el proceso por el que un miembro o su proveedor deben solicitar la aprobación de Kaiser Permanente para ciertos servicios para asegurarse de que los cubriremos. Un referido no es una aprobación. La aprobación previa es lo mismo que la autorización previa.

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

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

Cancelar la afiliación: dejar de usar Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como su plan de atención médica administrada de Medi-Cal porque el miembro ya no califica o cambia a un nuevo plan de salud. El miembro debe firmar un formulario que indique que ya no desea usar este plan de salud o llamar a Health Care Options y cancelar su afiliación por teléfono.

Centro de atención del plan: cualquier centro de atención que aparezca en nuestro sitio web en kp.org/finddoctors (haga clic en “Español”) que sea parte de nuestra red. Los centros de atención del plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los centros de atención del plan, llame a Servicio a los Miembros.

Centro de atención subaguda (para adultos o pediátrico): un centro de atención a largo plazo que proporciona atención integral a miembros médicamente frágiles que



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

necesitan servicios especiales, como terapia de inhalación, cuidados de traqueotomía, alimentación parenteral intravenosa y atención médica administrada para el tratamiento de heridas complejas.

Centro de enfermería especializada: un lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas del día que solo pueden brindar profesionales de la salud capacitados.

Centro de Salud con Calificación Federal (“FQHC”): un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores. Un miembro puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Centros de Partos Independientes (Freestanding Birth Centers, “FBC”): centros de salud donde se planea que el parto ocurra fuera de la residencia del miembro embarazada y que cuenten con una licencia o estén de otra manera aprobados por el estado para proporcionar atención prenatal durante el trabajo de parto y el parto o posparto y otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros de atención no son hospitales.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo a fin de mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”): un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores. Los miembros pueden obtener atención primaria y preventiva en una RHC.

Clínica: un centro de atención que pueden elegir los miembros, como un proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, “PCP”). También puede ser un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”), una clínica comunitaria, una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”), un Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”) u otro centro de atención primaria.

Cobertura de medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados por un proveedor.

Community Supports: Community Supports son servicios que ayudan a mejorar la salud general de los miembros. Proporcionan servicios para necesidades sociales relacionadas con la salud, como vivienda, comidas y cuidado personal. Ayuda a los miembros de la comunidad, centrándose en promover la salud, la estabilidad y la independencia.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Condición crónica: una enfermedad u otro problema médico que no se puede curar por completo o que empeora con el tiempo, o que debe tratarse para que el miembro no empeore.

Condición médica de emergencia psiquiátrica: un trastorno mental en donde los síntomas son lo suficientemente agudos o graves como para que el miembro se convierta en un peligro inminente para sí mismo o para los demás, o que el miembro no sea capaz, en el momento, de conseguir o hacer uso de alimentos, refugio o vestimenta debido al trastorno mental.

Condición médica de emergencia: una condición médica o mental con síntomas muy graves, como un trabajo de parto activo (ver la definición proporcionada anteriormente) o dolor intenso, que una persona con conocimientos promedio básicos de salud y medicina podría considerar con prudencia que, si no recibe atención médica inmediata, podría:

- poner en grave peligro la salud del miembro o la de su bebé por nacer
- causar daños a una función del organismo
- causar que una parte o un órgano del cuerpo no funcionen bien
- resultar en la muerte

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

Continuidad de la atención de salud: la capacidad del miembro de un plan de seguir recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor de Medi-Cal fuera de la red durante un periodo de hasta 12 meses, sin interrumpir el servicio, si el proveedor y Kaiser Permanente están de acuerdo.

Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, “COB”): el proceso de determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene las responsabilidades de pago y tratamiento primario para los miembros con más de un tipo de cobertura de seguro médico.

Copago: un pago que realiza un miembro, generalmente al momento de recibir el servicio, además del pago del Plan.

Cuidados de rutina: servicios necesarios desde el punto de vista médico y atención preventiva, consultas para el bienestar infantil o atención, como la atención de seguimiento de rutina. El objetivo de los cuidados de rutina es prevenir problemas de salud.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Cuidados paliativos: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales a un miembro con una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos están disponibles cuando el miembro tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

Cuidados paliativos: los cuidados para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los miembros con enfermedades graves. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos.

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC): el Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”) de California. Esta es la oficina estatal que supervisa los planes de atención médica administrada.

Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS): el Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California. Es la oficina estatal que supervisa el programa Medi-Cal.

Directorio de Proveedores: una lista de los proveedores que están dentro de la red de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal.

Early and periodic screening, diagnostic, and treatment (EPSDT): consulte “Medi-Cal for Kids and Teens”. Los servicios del programa EPSDT son un beneficio para los Miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables. Los Miembros deben hacerse los exámenes médicos correctos para su edad y las pruebas de detección adecuadas para detectar problemas de salud y tratar las enfermedades en una etapa temprana, así como cualquier tratamiento para cuidar o ayudar con las afecciones que podrían detectarse en los exámenes médicos.

Enfermedad grave: una enfermedad o afección que debe tratarse y que puede resultar en la muerte.

Enfermedad terminal: Una condición médica que no puede revertirse y que, muy probablemente, causará la muerte en un plazo de un año o menos si la enfermedad sigue su curso natural.

Enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, “CNM”): una persona con licencia de enfermera registrada y certificada como enfermera partera por el Consejo de Enfermeros Registrados de California. Una enfermera partera certificada puede asistir a casos de parto normal.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): equipo médico que es necesario desde el punto de vista médico, es solicitado por el médico u otro proveedor del miembro y que el miembro utiliza en su hogar, la comunidad o un centro de atención que utiliza como hogar.

Especialista (o médico especialista): un médico que trata ciertas clases de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico ofrece tratamiento para huesos fracturados; un alergólogo trata alergias, y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una referencia de su PCP para ver a un especialista.

Exención 1915(c) de los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, “HCBS”): este es un programa especial del gobierno para las personas que están en riesgo de ser ingresadas en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o una institución. El programa permite al Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) proporcionar HCBS a estas personas para que puedan permanecer en sus hogares dentro de la comunidad. Los HCBS incluyen administración de casos, cuidados personales, enfermería especializada, habilitación, y servicios de auxiliares de salud en el hogar y de tareas domésticas. También incluyen programas de día para adultos y atención de relevo. Los miembros de Medi-Cal deben presentar una solicitud por separado y cumplir los requisitos para poder inscribirse en una exención. Algunas exenciones tienen listas de espera.

Fraude: un acto intencional para engañar o tergiversar por parte de una persona que sabe que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para la persona o para alguien más.

Hogar médico: un modelo de atención que proporciona las principales funciones de la atención médica primaria. Incluye una atención integral centrada en el paciente, atención coordinada, servicios accesibles, calidad y seguridad.

Hogar o centro de atención intermedia: atención proporcionada en un hogar o centro de atención a largo plazo que ofrece tratamientos residenciales las 24 horas del día. Entre los tipos de hogares o centros de atención intermedia se incluyen los centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo (intermediate care facility/developmentally disabled, “ICF/DD”), los centros de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo y de habilitación (intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative, “ICF/DD-H”) y los centros de cuidados



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

intermedios para personas con discapacidades del desarrollo con enfermería (intermediate care facility/developmentally disabled-nursing, “ICF/DD-N”).

Hospital del plan: cualquier hospital que aparezca en nuestro sitio web en kp.org/finddoctors (haga clic en “Español”) que sea parte de nuestra red. Los hospitales del plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los hospitales del plan, llame a Servicio a los Miembros.

Hospital participante: un hospital con licencia que tiene un contrato con Kaiser Permanente para brindar servicios a los miembros cuando un miembro obtiene atención. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes pueden ofrecer a los miembros están limitados por nuestra revisión de utilización y por políticas de control de calidad o nuestro contrato con el hospital.

Hospital: un lugar en donde un miembro obtiene atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios de médicos y enfermeros.

Hospitalización: admisión a un hospital para el tratamiento como paciente hospitalizado.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.: una organización sin fines de lucro de California. En esta Guía para Miembros, “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Kaiser Permanente Medi-Cal Plan: su plan de salud de atención médica administrada de Medi-Cal.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals (organización sin fines de lucro de California) y The Permanente Medical Group.

Lista de medicamentos por contrato (Contract Drug List, “CDL”): la lista de medicamentos aprobados por Medi-Cal Rx de la cual un proveedor puede recetar los medicamentos cubiertos que necesita un miembro.

Medi-Cal for Kids and Teens: un beneficio para los miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarles a mantenerse saludables. Los miembros deben hacerse los exámenes médicos correctos para su edad y de detección apropiados para encontrar problemas de salud y tratar enfermedades en una etapa temprana. Deben recibir tratamiento para controlar o aliviar las afecciones que podrían detectarse en los exámenes médicos. Este beneficio también se conoce como el beneficio Servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, “EPSDT”) según la ley federal.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Medi-Cal Rx: un servicio de beneficios de farmacia que es parte de Medi-Cal con Pago por Servicio (Fee-for-Service, FFS) y es conocido como “Medi-Cal Rx” que proporciona beneficios y servicios de farmacia, incluidos medicamentos recetados y algunos suministros médicos para todos los beneficiarios de Medi-Cal.

Medicamentos recetados: Un medicamento que para ser vendido legalmente requiere una receta médica de un proveedor certificado, a diferencia de los medicamentos de venta libre (Over-The-Counter, “OTC”), que no requieren una receta médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas más jóvenes con discapacidad y personas con insuficiencia renal crónica en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón, a veces denominada enfermedad renal en fase terminal [End-Stage Renal Disease, “ESRD”]).

Médico del plan: cualquier médico certificado que sea empleado de The Permanente Medical Group, o cualquier médico certificado que tenga un contrato para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros. Los médicos que tienen contrato con nosotros solo para proporcionar servicios de referencia no se consideran médicos del plan.

Miembro: cualquier miembro elegible de Medi-Cal inscrito en Kaiser Permanente que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos.

Nativo americano: persona que cumple la definición de “nativo” según la ley federal en la sección 438.14 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), que define a una persona como “nativo” si cumple cualquiera de lo siguiente:

- Es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
- Vive en un centro urbano y cumple una o más de las siguientes condiciones:
 - Es miembro de una tribu, banda u otro grupo organizado de nativos, incluidas las tribus, bandas o grupos extinguidos desde 1940 y los reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen, o que es descendiente, en primer o segundo grado, de cualquiera de dichos miembros.
 - Es esquimal o aleutiano u otro nativo de Alaska.
 - Es considerado nativo por la Secretaría de Interior para cualquier efecto.
 - Se determina que es nativo en virtud de las regulaciones dictadas por la



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

- Es considerado nativo por la Secretaría de Interior para cualquier efecto.
- Es considerado nativo por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para efectos de elegibilidad para los servicios de atención para la salud indígenas, incluso como indígena de California, esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska.

Necesario desde el punto de vista médico (o necesidad médica): los servicios necesarios desde el punto de vista médico son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención es necesaria para evitar que los pacientes se enfermen gravemente o queden discapacitados. Esta atención reduce el dolor intenso al diagnosticar o tratar el problema de salud, la enfermedad o la lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios necesarios desde el punto de vista médico de Medi-Cal incluyen la atención necesaria para curar o aliviar una enfermedad o afección física o mental, incluidos los trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, “SUD”).

Opciones de Atención Médica (Health Care Options, “HCO”): el programa que puede inscribir o cancelar la afiliación a un miembro en un plan de salud.

Otra cobertura de salud (Other Health Coverage, “OHC”): se refiere a un seguro médico privado y quienes pagan servicios distintos de Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, para la vista, farmacéuticos, Medicare Advantage (“Parte C”), planes de medicamentos de Medicare (“Parte D”) o planes adicionales de Medicare (“Medigap”).

Paciente existente: un paciente que tiene una relación existente con un proveedor y ha acudido a ese proveedor en una cantidad específica de tiempo establecida por el plan de salud.

Pago por Servicio (Fee-For-Service, “FFS”) de Medi-Cal: a veces, su plan de Medi-Cal no cubre servicios, pero un miembro puede obtenerlos por medio de FFS de Medi-Cal, como muchos servicios de la farmacia a través de Medi-Cal RX.

Plan de atención médica administrada: un plan de salud de Medi-Cal que usa solo ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. Kaiser Permanente es un plan de atención médica administrada.

Plan: consulte la definición de “Plan de atención médica administrada”.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Proveedor calificado: un médico calificado en el área de práctica adecuada para tratar la afección de un miembro.

Proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, “PCP”): El proveedor certificado que tiene un miembro para recibir la mayor parte de su atención médica. El PCP ayuda al miembro a obtener la atención que necesita.

Un PCP puede ser cualquiera de los siguientes:

- médico general
- médico internista
- pediatra
- profesional de medicina familiar
- obstetra/ginecólogo
- Proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”)
- Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”)
- Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”)
- profesional de enfermería avanzada
- asistente médico
- clínico

Proveedor de la Red de Medi-Cal (o proveedor de la red): consulte “Proveedor participante” más abajo.

Proveedor de Medi-Cal Fuera de la Red: un proveedor que no forma parte de la red de Kaiser Permanente, pero que es designado por el DHCS como un proveedor de Medi-Cal. Por ejemplo, un proveedor que participa en FFS de Medi-Cal y no forma parte de la red de proveedores de Kaiser Permanente es un proveedor de Medi-Cal Fuera de la Red.

Proveedor de servicios de salud mental: profesional de la salud que brinda servicios de salud mental a pacientes.

Proveedor del plan: un hospital del plan, un médico del plan, The Permanente Medical Group, una farmacia del plan o cualquier otro proveedor que el plan de salud designe como proveedor del plan.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no forma parte de la red de Kaiser Permanente y que no puede ser designado por el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) como un proveedor de Medi-Cal.

Proveedor no participante: un proveedor que no pertenece a la red de Kaiser Permanente.

Proveedor participante (o médico participante): un médico, hospital u otro profesional de la salud autorizado o un centro de atención médica autorizado, incluidos los centros de atención subaguda que tienen contrato con Kaiser Permanente para ofrecer servicios cubiertos a miembros cuando obtienen atención.

Proveedores de atención médica a domicilio: proveedores que brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar a los miembros.

Proveedores de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”): un programa de atención médica operado por el Servicio de Salud para los Indígenas (Indian Health Service, “IHS”), una Tribu Indígena, Programa de Salud Tribal, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana (Urban Indian Organization, “UIO”), tal como se definen estos términos en la Sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para los Indígenas (Indian Health Care Improvement Act) (sección 1603 del Título 25 del Código de EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.]).

Queja formal: expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre un servicio, que puede incluir, entre otros:

- la calidad de la atención o los servicios proporcionados;
- las interacciones con un proveedor o empleado;
- el derecho del miembro a disputar una extensión del plazo propuesto por Kaiser Permanente, un programa de salud mental o de trastornos por abuso de sustancias del condado, o un proveedor de Medi-Cal.

Una queja significa lo mismo que una queja formal.

Queja: expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre un servicio, que puede incluir, entre otros:

- la calidad de la atención o los servicios proporcionados;
- las interacciones con un proveedor o empleado;
- el derecho del miembro a disputar una extensión del plazo propuesto por



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Kaiser Permanente, un programa de salud mental o de trastornos por abuso de sustancias del condado, o un proveedor de Medi-Cal.

Una queja significa lo mismo que una queja formal.

Quiropráctico: un proveedor que trata la columna vertebral mediante manipulación manual.

Recuperación de daños: cuando se proporcionan o se proporcionarán beneficios a un miembro de Medi-Cal por una lesión de la que es responsable un tercero, el Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Department of Health Care Services, DHCS) recupera el valor razonable de los beneficios proporcionados al miembro por esa lesión.

Red: un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por Kaiser Permanente para brindar servicios cubiertos.

Referido: cuando el PCP de un miembro indica que el miembro puede obtener atención de otro proveedor. Algunos servicios de atención cubiertos requieren un referido y aprobación previa (autorización previa). Consulte el Capítulo 3, “Cómo obtener atención”, para obtener más información sobre los servicios que requieren referidos o aprobación previa.

Región Base: la región de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. en la cual está inscrito un miembro. Para los Miembros de Medi-Cal, su Región Base es la región norte de California o la región sur de California.

Región: una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las regiones pueden cambiar el 1 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes del Norte de California, Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Idaho, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para la

Seguro médico: la cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al asegurado por los gastos causados por una enfermedad o una lesión o que paga directamente al proveedor de la atención.

Servicio de parteras: atención prenatal, intraparto y posparto, incluidos los servicios de planificación familiar para la madre y la atención inmediata para el recién nacido, brindada por enfermeras parteras certificadas (certified nurse midwives, “CNM”) y enfermeras parteras con licencia (licensed midwives, “LM”).

Servicio no cubierto: un servicio que Kaiser Permanente no cubre.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios Cubiertos: los servicios de Medi-Cal que a Kaiser Permanente le corresponde pagar. Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de Medi-Cal, cualquier enmienda del contrato y como se indique en esta Guía para Miembros (también conocida como Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, “EOC”] y Formulario de Revelación [Disclosure Form, “DF”] Combinados).

Servicios de doula: los servicios de doula incluyen educación para la salud, defensa y apoyo físico, emocional y no médico. Los miembros pueden recibir servicios de doula antes, durante y después del parto o al final del embarazo, incluido el periodo posparto. Los servicios de doula se proporcionan como servicios preventivos y deben ser recomendados por un médico u otro profesional médico autorizado.

Servicios de planificación familiar: servicios para prevenir o retrasar el embarazo. Los servicios se brindan a miembros en edad de tener hijos para permitirles determinar cuántos hijos desean tener y cada cuánto tiempo.

Servicios de postestabilización: Servicios Cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se proporcionan después de estabilizar a un miembro para mantenerlo estable. Los servicios de atención de postestabilización están cubiertos y los pagamos. Los hospitales fuera de la red pueden necesitar aprobación previa (autorización previa).

Servicios de salud mental ambulatorios: servicios para pacientes ambulatorios para miembros con trastornos de salud mental de leves a moderados, que incluyen los siguientes:

- evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal (psicoterapia)
- pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un trastorno de salud mental
- servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico
- consultas psiquiátricas
- pruebas de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Servicios de salud pública: servicios de salud para toda la población. Estos incluyen, entre otros, análisis de situaciones médicas, supervisión médica, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades infecciosas, protección y desinfección medioambiental, preparación y respuesta ante desastres y salud ocupacional.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**.

Servicios de un médico: los servicios que brinda una persona con licencia según la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía, que no incluyen los servicios que ofrecen los médicos cuando un miembro ingresa en un hospital y que se cobran en la factura del hospital.

Servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, “SMHS”): servicios para los miembros que necesitan servicios de salud mental que son de un nivel de disfunción mayor a medio o moderado.

Servicios fuera del área: servicios mientras el miembro está fuera del área de servicio de Kaiser Permanente.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-based adult services, “CBAS”): servicios para pacientes ambulatorios en un centro de atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personalizada, capacitación y apoyo para la familia y el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros que califican.

Servicios para la salud del comportamiento: incluye los servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, “SMHS”), servicios de salud mental no especializados (non-specialty mental health services, “NSMHS”) y servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, “SUD”) para apoyar el bienestar mental y emocional de los miembros. Los NSMHS se proporcionan a través del plan de salud para los miembros que padecen trastornos de salud mental leves a moderados. Los SMHS se proporcionan a través de los planes de salud mental (Mental Health Plan, “MHP”) del condado para los miembros que padecen una disfunción grave o un alto riesgo de deterioro funcional debido a un trastorno de salud mental. Los servicios de salud mental de emergencia están cubiertos, incluidos las evaluaciones y el tratamiento en situaciones de emergencia. Su condado también proporciona servicios para el consumo de alcohol o drogas, llamados servicios para SUD.

Servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, “LTSS”): servicios que ayudan a las personas con problemas de salud o discapacidades a largo plazo a vivir o trabajar donde elijan. Esto podría ser en casa, en el trabajo, en un hogar grupal, en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o en otro centro de atención. Los LTSS incluyen programas de atención a largo plazo y servicios proporcionados en el hogar o en la comunidad, también llamados servicios basados en el hogar y la comunidad (home and community-based services, “HCBS”). Algunos LTSS son proporcionados por planes de salud, mientras que otros se proporcionan por separado.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de atención para la salud que le ayudan a un miembro a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de terapia de habilitación y rehabilitación: servicios y dispositivos para ayudar a los miembros con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a obtener o recuperar habilidades físicas o mentales.

Trabajo de parto activo: el periodo durante el cual un miembro embarazada se encuentra en una de las tres etapas de dar a luz y durante el cual no puede ser transferida de forma segura a otro hospital antes del parto, o en el que una transferencia podría dañar la salud y la seguridad del miembro o el bebé por nacer.

Transporte médico de emergencia: transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

Transporte médico: transporte que un proveedor receta a un miembro cuando no está en condiciones físicas o médicas para utilizar un auto, autobús, tren, taxi u otra forma de transporte público o privado para acudir a una cita médica cubierta o para recoger medicamentos recetados. Kaiser Permanente paga el transporte de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que le lleven a su cita.

Transporte no médico: el transporte cuando va o vuelve de una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal autorizado por el proveedor del miembro y cuando recoge medicamentos recetados y suministros médicos.

Tratamiento de investigación: un medicamento, producto biológico o dispositivo para tratamiento que haya finalizado exitosamente la primera fase de una investigación clínica aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, “FDA”), pero que no ha sido aprobado para uso general por la FDA y continúa en investigación en una investigación clínica aprobada por la FDA.

Tratamiento experimental: medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que están en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de probarlos en humanos. Los servicios experimentales no son parte de una investigación clínica.

Triage (o evaluación): la evaluación de la salud de un miembro por un médico o enfermero capacitado para detectar y determinar la urgencia de su necesidad de atención.



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY 711).

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los
días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**. 224

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**. 225

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**. 226

Esta página se dejó en blanco intencionalmente



Llame a nuestro Servicio a los Miembros al **1-855-839-7613** (TTY **711**).
Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Visítenos en línea en **kp.org/espanol**. 227

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
393 Walnut Street
Pasadena, Ca 91188



1790743394-SP (10/2025)