Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP), ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Guía para miembros

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

La cobertura médica y de medicamentos por Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

Introducción a la Guía para miembros

Esta *Guía para miembros,* también llamada *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* incluye información sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de atención médica del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias), cobertura de medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo. Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético, en el **capítulo 12** de esta *Guía para miembros.*

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en esta *Guía para miembros* se usan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro plan”, se refiere a Kaiser Permanente Dual Complete.

Este documento está disponible sin costo en árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, tal como en letra grande, braille o en audio, llamando a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada no tiene costo.

Llame a Servicio a los Miembros para solicitar lo siguiente:

- el idioma que prefiere aparte de inglés u otro formato;
- una solicitud permanente para futuros correos y comunicaciones;
- un cambio de una solicitud permanente sobre el idioma o el formato que prefiere.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en el idioma y de ayudas y servicios auxiliares

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free.
Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Índice

Capítulo 1: Introducción para miembros **10**

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes **25**

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos **64**

Capítulo 4: Tabla de beneficios **89**

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos externos **187**

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal **208**

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos **220**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades **227**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja informal (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas informales) **238**

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan **285**

Capítulo 11: Avisos legales **295**

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes **307**

Descargos de responsabilidad

- Kaiser Permanente es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medi-Cal. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Los servicios de atención médica que se brindan a los miembros de Kaiser Permanente a través de Medi-Cal están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (California Department of Health Care Services, DHCS), según se indica en esta *Guía para miembros* y en cualquier enmienda.
- **Solo para miembros del Sur de California:** el beneficio de alimentos saludables forma parte de un programa suplementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben tener condiciones crónicas específicas, como diabetes, obesidad, trastornos cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. También puede calificar para este beneficio si tiene otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su condición. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a Servicio a los Miembros o consulte esta *Guía para miembros* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.
- Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2028.
- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que le pueda afectar con al menos 30 días de antelación.

Capítulo 1: Introducción para miembros

Introducción

Este capítulo incluye información sobre el plan **Kaiser Permanente Dual Complete**, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También le informa qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros.
Los términos importantes y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Capítulo 1 Índice

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan 12

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 14

C. Ventajas de nuestro plan 14

D. Área de servicio de nuestro plan 15

E. Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan 18

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud 18

G. Su equipo de atención y plan de atención 19

G1. Equipo de atención 19

G2. Plan de atención 20

H. Resumen de costos importantes 20

H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare 20

I. Esta *Guía para miembros* 20

J. Otra información importante que recibe de nosotros 21

J1. Su tarjeta de identificación de miembro 21

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 22

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 23

J4. La *Explicación de Beneficios* 23

K. Cómo mantener actualizado su expediente de membresía.....24

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI).....24

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Kaiser Permanente Dual Complete es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Kaiser Permanente Dual Complete está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medi-Cal.

Kaiser Permanente proporciona 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 The Permanente Medical Group del Sur de California (“grupo médico”) trabajan juntos para brindarles a nuestros miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le da acceso a servicios cubiertos que puede necesitar, como cuidados de rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio, atención de emergencia, atención de urgencia y otros beneficios que se describen en esta *Guía para miembros*. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen maneras excelentes de proteger y mejorar su salud.

En esta *Guía para miembros* se describen los siguientes planes:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P1”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P6”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P7”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P9”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P10”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “South P11”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P2”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P16”

- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P17”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P18”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P19”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P20”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P21”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P22”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P23”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P24”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP), que en este documento se menciona como plan “North P25”

Si no sabe bien en qué plan está inscrito, llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de esta página, o bien consulte la portada de la *Notificación Anual de Cambios (Annual Notice of Change)* (o para los nuevos miembros, su formulario de inscripción o la carta de confirmación de la inscripción).

Nota: Consulte el área de servicio geográfica de cada plan incluido en la **sección D** de este capítulo de la *Guía para miembros*. Para cumplir con los objetivos relacionados con costos compartidos, inscripciones y cancelación de la afiliación, hay varios planes Dual Complete en nuestras áreas de servicio de la región, que se describen en la *Guía para miembros*. Sin embargo, con el fin de obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar del área de servicio de su región.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es un programa de seguro médico federal para:

- personas de 65 años o mayores,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades,
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal está a cargo del estado y lo financian el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado puede decidir:

- qué se considera como ingreso y recursos,
- quiénes son elegibles,
- qué servicios tienen cobertura,
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados también pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando cumplan con las leyes federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elijamos ofrecer el plan,
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga más por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar junto con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que usted ayuda a formar. Su equipo de atención puede incluirlos a usted, a su cuidador, a médicos, al personal de enfermería, a consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y el coordinador de atención.

- Su equipo de atención y coordinador de atención trabajarán con usted para elaborar un plan de atención que satisfaga **sus** necesidades de atención médica. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que usted necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
    - Sus médicos conocen todas las medicinas que toma, por lo que pueden asegurarse de que está tomando las correctas y pueden reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de dichas medicinas.
    - Los resultados de los exámenes se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Kaiser Permanente Dual Complete: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en Kaiser Permanente Dual Complete para los beneficios de Medicare el primer día del mes después de que solicite su inscripción en Kaiser Permanente Dual Complete. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Después de este tiempo, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Kaiser Permanente Dual Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-443-0815 (TTY 711).

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra región del Sur de California incluye los siguientes planes South:

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P1**, que incluye únicamente estos códigos postales del **condado de San Diego**:
    - 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.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P6**, que incluye:
    - Partes del **condado de Riverside**, únicamente en estos 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
    - Partes del **condado de San Bernardino**, únicamente en estos códigos postales: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 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.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P7**, que incluye únicamente estos códigos postales del **condado de Kern**:
    - 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.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P9**, que incluye todo el **condado de Los Angeles**, excepto Catalina Island.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P10**, que incluye todo el **condado de Orange**.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete South P11**, que incluye únicamente estos códigos postales del **condado de Ventura**:
    - 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.

Nuestra región del Norte de California incluye los siguientes planes North:

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P2**, que incluye:
    - Todo el **condado de Sacramento**.
    - **Condado de Amador**, únicamente en estos códigos postales: 95640 y 95669.
    - **Condado de El Dorado**, únicamente en estos códigos postales: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P16**, que incluye todo el **condado de Alameda**.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P17**, que incluye todo el **condado de Contra Costa**.
- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P18**, que incluye:
    - **Condado de Fresno**, únicamente en estos 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**, únicamente en estos códigos postales: 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656.
    - **Condado de Madera**, únicamente en estos códigos postales: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669 y 93720.
    - **Condado de Mariposa**, únicamente en estos códigos postales: 93601, 93623 y 93653.
    - **Condado de Tulare**, únicamente en estos códigos postales: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P19**, que incluye todo el **condado de San Francisco**.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P20**, que incluye todo el **condado de San Joaquin y el condado de Stanislaus**.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P21**, que incluye todo el **condado de Santa Cruz**.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P22**, que incluye todo el **condado de San Mateo**.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P23**, que incluye únicamente estos códigos postales del **condado de Santa Clara**:

    - 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.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P24**, que incluye:

    - **Condado de Placer**, únicamente en estos códigos postales: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47 y 95765.

    - **Condado de Yolo**, únicamente en estos códigos postales: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776 y 95798–99.

    - **Condado de Yuba**, únicamente en estos códigos postales: 95692, 95903 y 95961.

- **Plan Kaiser Permanente Dual Complete North P25**, que incluye:

    - Todo el **condado de Marin, el condado de Napa y el condado de Solano**.
    - **Condado de Sonoma**, únicamente en estos 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.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No podrá seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulto el **capítulo 8** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella);
- sea mayor de 21 años al momento de inscribirse;
- tenga tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B;
- sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible;
- actualmente sea elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para recibir todos los beneficios de Medi-Cal, pero se prevé que la recuperará en un plazo de cuatro meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare que cubre Kaiser Permanente Dual Complete. Cuando termine su cobertura de Medi-Cal, dejaremos de pagar sus beneficios de Medi-Cal. El Costo Compartido de los beneficios que cubre Kaiser Permanente Dual Complete cambiará según se describe en la Tabla de beneficios de esta *Guía para miembros*. También puede perder Extra Help (Ayuda Adicional) de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D.

Si recupera la elegibilidad para recibir todos los beneficios de Medi-Cal mientras continúa inscrito con nosotros para obtener su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y usted permanecerá inscrito con nosotros. Si no puede recuperar Medi-Cal en un plazo de cuatro meses, cancelaremos su afiliación a Kaiser Permanente Dual Complete. Si recupera la elegibilidad para recibir todos los beneficios de Medi-Cal después de que cancelemos su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Si pierde la elegibilidad para recibir todos los beneficios de Medi-Cal, pero se prevé que la recuperará en un plazo de cuatro meses, seguirá siendo elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros.

F. Qué debe esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, le harán una valoración de riesgos de salud (health risk assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos hacerle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para hacer la HRA. Podemos hacer la HRA mediante una consulta en persona, una llamada telefónica o por correo postal. Nos comunicaremos con usted cada año para saber si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir consultando durante cierto tiempo a los médicos que consulta actualmente, aunque no pertenezcan a nuestra red. A esto lo denominamos continuidad de la atención de salud. Si sus proveedores actuales no pertenecen a nuestra red, puede seguir recibiendo sus servicios y mantener las autorizaciones de servicios vigentes al momento de inscribirse durante un máximo de 12 meses, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir consultando a su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, nos referimos a que consultó al menos una vez a un proveedor fuera de la red durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan por un motivo que no era una emergencia.
    - Para determinar si hay una relación existente, revisamos la información médica disponible o la información que usted nos proporciona.
    - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede hacer esta solicitud llamando al 1-800-443-0815. Si está en riesgo de tener algún daño, debemos responder en un plazo de tres días.
    - Cuando presente la solicitud, usted o su proveedor deberán presentar documentación que demuestre la relación existente y aceptar ciertas condiciones.

Nota: Puede presentar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) durante al menos 90 días, hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y un proveedor de la red se lo entregue. Si bien no puede hacer esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede presentar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez que termine el período de continuidad de la atención de salud, deberá utilizar médicos y otros proveedores de la red del plan Kaiser Permanente Dual Complete, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo recibir atención.

G. Su equipo de atención y plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, sus especialistas u otros profesionales de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtendrá un coordinador de atención cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona también lo refiere a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención les informa a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Este incluye sus servicios médicos, de salud del comportamiento, LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- sus objetivos de atención médica;
- un cronograma para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que tal vez desee considerar obtener. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare, nuestro plan le enviará una factura por sus medicamentos, en lugar de que usted pague en la farmacia. Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que quedan en el año.

La **sección M3 del capítulo 2** contiene más información sobre el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **capítulo 9** para presentar una queja informal o una apelación.

I. Esta *Guía para miembros*

Esta *Guía para miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros* o llame al --1-800-633-4227.

Puede solicitar una *Guía para miembros*. Para hacerlo, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar la *Guía para miembros* en nuestro sitio web, cuya dirección aparece al final de la página.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro e información sobre cómo consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* y la *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Lista de medicamentos recetados disponibles.*

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, tiene una sola tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene algún servicio o medicamentos recetados. Estas son muestras de tarjetas de identificación de miembro de cada región:

Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesitará usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica (también llamados ensayos clínicos) aprobados por Medicare. Consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- servicios para la salud del comportamiento que puede recibir a través del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado;
- servicios de Medi-Cal Rx;
- servicios de apoyo en el hogar;
- programa de Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services Waiver) 1915(c);
- servicios de atención dental de Medi-Cal.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* en formato electrónico o impreso. Para hacerlo, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página. Si solicita una copia impresa del *Directorio de proveedores y farmacias*, se la enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en kp.org/directory (cambie el idioma a español).

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye a nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero. Todos los proveedores de la red aceptan Medicare y Medicaid, excepto que se indique lo contrario. Si necesita un servicio que nuestro plan no cubre, pero Medi-Cal sí, es posible que lo remitamos a la agencia estatal de Medi-Cal para que encuentre un proveedor fuera de la red que pueda brindarle la atención que cubre Medi-Cal.

Definición de proveedores de la red

- Algunos de los proveedores de nuestra red son:
    - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud a los que puede ir como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos que brindan servicios de salud en nuestro plan;
    - proveedores de LTSS, servicios para la salud del comportamiento, agencias de atención de salud domiciliaria, proveedores de equipo médico duradero (DME) y otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar.
- Con la excepción de una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de las farmacias de la red si quiere que el plan le ayude a pagar los medicamentos.

Llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página para obtener más información. Puede obtener la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de la red a través de Servicio a los Miembros y nuestro sitio web.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos *Lista de medicamentos*. Esta le informa qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. La *Lista de medicamentos* incluirá los medicamentos con precios negociados mediante el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos (Drug Price Negotiation Program) de Medicare, a menos que se eliminen y reemplacen según se describe en la **sección E del capítulo 5.** Medicare aprobó la *Lista de medicamentos de Kaiser Permanente Dual Complete.*

La *Lista de medicamentos* también le indica si algún medicamento está sujeto a reglas o restricciones, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo consultar la *Lista de medicamentos*, aunque esta puede cambiar durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español).

J4. La *Explicación de Beneficios*

Cuando usa sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y hacer un seguimiento de los pagos de sus medicamentos Medicare Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*.

La EOB indica el monto total que usted u otras personas en su nombre gastaron en sus medicamentos de Medicare Parte D durante el mes y el monto total que pagamos por cada uno de ellos. Esta *Explicación de Beneficios* no es una factura. La *Explicación de Beneficios* proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico prescriptor acerca de estas opciones de menor costo. El **capítulo 6** de esta *Guía para miembros* contiene más información sobre la EOB y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página.

También puede optar por consultar en línea su **EOB de la Parte D** en lugar de recibirla por correo. Visite kp.org/goinggreen (en inglés) y regístrese para obtener más información sobre cómo elegir consultar su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea.

K. Cómo mantener actualizado su expediente de membresía

Para mantener actualizado su expediente de membresía, infórmenos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros sean correctos. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la que recibe de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, o de Workers' Compensation [seguro de los trabajadores].
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como un reclamo por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un centro de enfermería u hospital.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias.
- Si cambia de cuidador (o persona designada como su responsable)**.**
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algún dato de esta información cambia, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información de su expediente de membresía puede incluir información médica personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **capítulo 8** de esta *Guía para miembros*.

Capítulo 2: Recursos y números de teléfono importantes

Introducción

Este capítulo contiene la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que lo defiendan en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Índice del capítulo 2

A. Servicio a los Miembros 26
B. Su coordinador de atención 32
C. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) 34
D. Línea telefónica de consejos de enfermería 35
E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 36
F. Medicare 37
G. Medi-Cal 38
H. Oficina del defensor general de los derechos del paciente para atención administrada y salud mental de Medi-Cal 39
I. Servicios sociales del condado 40
J. Agencia de servicios para la salud del comportamiento del condado 50
K. Departamento de Atención Médica Administrada de California 57
L. Alianza para Consumidores de Servicios de Salud (HCA) 57
M. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos 57
M1. Extra Help de Medicare 58
M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) 59
M3. Plan de Pago de Recetas de Medicare 59
N. Seguro Social 60
O. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 61
P. Programa del Defensor General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal 62
Q. Servicios dentales de Medi-Cal 63

A. Servicio a los Miembros

LLAMADAS	1-800-443-0815. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer las ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org/espanol

Comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre el plan;
- preguntas sobre reclamos o facturación.

Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica

LLAMADAS	1-800-443-0815. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés. Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión acelerada, según se describe en el **capítulo 9**, llame a la Unidad de revisiones aceleradas al 1-888-987-7247, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
POR FAX	Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de revisiones aceleradas al 1-888-987-2252.

CORREO POSTAL	En el caso de una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer su ubicación). Para apelaciones normales, escriba a la dirección que aparece en la notificación de denegación que recibió. Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión rápida, escriba a: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
    - sus beneficios y servicios cubiertos,
    - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
  - Llámenos si tiene preguntas acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica.
  - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.
- Apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si usted considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros* o comuníquese con Servicio a los Miembros.
- Quejas informales sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre cualquier proveedor, incluidos los proveedores de la red o fuera de ella. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja informal ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **sección E**).

- Puede llamarnos y explicarnos su queja informal al 1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Si su queja informal es acerca de una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan ante Medicare. Para hacerlo, puede usar el formulario en línea disponible en https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-633-4227 para pedir ayuda.
- Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan ante el Programa del Defensor General de los Derechos del Paciente (Ombudsperson Program) de Medicare y Medi-Cal. Para hacerlo, llame al 1-855-501-3077.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal relacionada con su atención médica, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Decisiones de cobertura sobre los medicamentos de la Parte D

LLAMADAS	Planes South: 1-888-791-7213 Planes North: 1-877-645-1282 Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
POR FAX	1-844-403-1028
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	kp.org/espanol

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión respecto de lo siguiente:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos,
    - el monto que pagamos por sus medicamentos.

- Medi-Cal Rx puede cubrir medicamentos no cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas. Para obtener más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.
- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D

LLAMADAS	1-866-206-2973. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
POR FAX	1-866-206-2974
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org/espanol

- Apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Quejas informales sobre los medicamentos de la Parte D

LLAMADAS	1-800-443-0815 Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, llame a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973, los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Consulte el **capítulo 9** para descubrir si su problema califica para recibir una decisión acelerada. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
POR FAX	Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974.
CORREO POSTAL	Para presentar una queja informal estándar, escriba a la oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener las ubicaciones). Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, escriba a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- Quejas informales sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye las quejas informales sobre sus medicamentos.
  - Si su queja informal se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
  - Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan ante Medicare. Para hacerlo, puede usar el formulario en línea disponible en https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-633-4227 para pedir ayuda.
  - Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja informal sobre sus medicamentos, consulte el capítulo 9 de esta *Guía para miembros*.

Solicitudes de pago

LLAMADAS	1-800-443-0815 Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. **Nota:** Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Para atención médica, escriba a: **Planes South:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **Planes North:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **Para medicamentos de la Parte D:** Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que recetó y proporcionó un proveedor de la red, puede enviar su solicitud por fax al 1-866-206-2974 o por correo a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB	kp.org/espanol

- Pago de la atención médica o los medicamentos que ya pagó
  - Para obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso o solicitar que paguemos una factura que recibió, consulte el capítulo 7 de esta *Guía para miembros*.
  - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a administrar la atención que necesita. Obtendrá un coordinador de atención cuando se inscriba en nuestro plan. Esto no tiene costo para usted. Coordinaremos con otros programas para asegurarnos de que reciba todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que cubran Medi-Cal o Medicare, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros. Llámenos a los siguientes números para obtener más información sobre su coordinador y equipo de atención o para cambiar de coordinador de atención.

LLAMADAS	1-800-443-0815. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer las ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org/espanol

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre su atención médica;
- preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias);
- preguntas sobre los beneficios dentales;
- preguntas sobre el transporte a las citas médicas;
- preguntas sobre los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), incluidos los Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y los centros de enfermería (Nursing Facilities, NF).

Es posible que reciba estos servicios:

- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad;
- atención de enfermería especializada;
- fisioterapia;
- terapia ocupacional;

- terapia del habla;
- servicio médico-social;
- atención médica a domicilio;
- servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado;
- en algunos casos, ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de la vida cotidiana.

C. Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece, sin costo, ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son sin costo.

El HICAP es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento sin costo sobre los seguros médicos locales a personas que tienen Medicare.

LLAMADAS	1-800-434-0222 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Oficina del HICAP de su condado. Para encontrar la dirección correspondiente a su condado, haga clic en el siguiente enlace y consulte la sección “How To Find Services In My Area” (Cómo encontrar servicios en mi área).
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/HICAP/

Comuníquese con el HICAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Tiene preguntas sobre Medicare.
- Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
  - entender sus derechos;
  - entender sus opciones de planes;
  - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan;
  - presentar quejas informales sobre su atención médica o tratamiento; **y**
  - resolver problemas de facturación o reclamos.

D. Línea telefónica de consejos de enfermería

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Contamos con profesionales de la salud certificados para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted puede:

- Hablar con un profesional de la salud que responderá sus preguntas médicas, le dará consejos sobre la atención y le ayudará a decidir si debe consultar de inmediato a un proveedor.
- Obtener ayuda con condiciones médicas como la diabetes o el asma, incluidos consejos sobre el tipo de proveedor que podría ser adecuado para su afección.
- Obtener ayuda para saber qué hacer si necesita atención y un centro del plan está cerrado o si se encuentra fuera de nuestra área de servicio.

Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada. Puede comunicarse con la línea telefónica de consejos de enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAMADAS	1-833-574-2273. Esta llamada es sin costo. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

E. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Commence Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

LLAMADAS	1-877-588-1123
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
SITIO WEB	www.livantaqio.cms.gov

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con lo siguiente:

- Tiene preguntas sobre sus derechos de atención médica.
- Cómo presentar una queja informal sobre la atención que recibió si:
  - tuvo un problema con la calidad de la atención, como recibir un medicamento equivocado, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico incorrecto;
  - considera que su hospitalización termina demasiado pronto;
  - considera que sus servicios de atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan demasiado pronto.

F. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAMADAS	1-800-633-4227 Las llamadas a este número son sin costo, las 24 horas del día, los días 7 de la semana.
LÍNEA TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es sin costo. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.es.medicare.gov/talk-to-someone
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare a la siguiente dirección: P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.es,medicare.gov/ • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos, como los exámenes de detección, las vacunas y las visitas anuales de bienestar. • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, centros de adultos mayores y personas con discapacidad, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja informal ante Medicare, visite www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare trata las quejas informales con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

G. Medi-Cal

El programa de Medicaid de California se llama Medi-Cal. Este es un programa de seguro público que proporciona servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, adultos mayores, personas con incapacidades, niños y jóvenes en cuidados de crianza y personas embarazadas. Medi-Cal se financia con fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales y de salud del comportamiento, además de servicios y apoyos a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en un plan de Medi-Cal, llame a Health Care Options.

LLAMADAS	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
LÍNEA TTY	1-800-430-7077 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es/

H. Oficina del defensor general de los derechos del paciente para atención administrada y salud mental de Medi-Cal

La oficina del defensor general de los derechos del paciente ayuda a resolver problemas de manera neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico. Ellos escucharán, responderán sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán políticas y procedimientos, le brindarán información, consejos y opciones, y le sugerirán referidos apropiados. Es su trabajo ayudar a desarrollar soluciones justas para los problemas de acceso a la atención médica. Esta oficina no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios no tienen costo.

LLAMADAS	1-888-452-8609. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	1-800-430-7077 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de pago por servicios de Medi-Cal, comuníquese con la agencia local de servicios sociales del condado.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales del condado para solicitar los servicios de apoyo en el hogar, que ayudan a pagar los servicios que recibe para que pueda permanecer en su hogar de manera segura. Estos servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer las compras o trasladarse.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales del condado si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Busque su condado en las siguientes tablas para encontrar la información de contacto de la agencia de servicios sociales correspondiente.

Agencia de Servicios Sociales del condado de Alameda

LLAMADAS	1-888-999-4772. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
SITIO WEB	www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Agencia de Servicios Sociales del condado de Amador

LLAMADAS	1-844-835-3685 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.amadorgov.org/services/social-services
SITIO WEB	www.amadorgov.org/services/social-services

Agencia de Servicios Sociales del condado de Contra Costa

LLAMADAS	1-866-663-3225 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
SITIO WEB	www.contracosta.ca.gov/

Agencia de Servicios Sociales del condado de El Dorado

LLAMADAS	1-530-642-7300 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
SITIO WEB	www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Departamento de Servicios Sociales del condado de Fresno

LLAMADAS	1-855-832-8082. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
SITIO WEB	www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Agencia de Servicios Sociales del condado de Kern

LLAMADAS	1-877-410-8812 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
SITIO WEB	www.kcdhs.org/

Agencia de Servicios Humanos del condado de Kings

LLAMADAS	1-877-410-8813 Esta llamada es sin costo. De lunes a jueves, de 8 a. m. a 5 p. m., y los viernes, de 8 a. m. a 12 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
SITIO WEB	www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Los Angeles

LLAMADAS	1-866-613-3777. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:30 p. m. Sábados, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Excepto los días festivos.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
SITIO WEB	dpss.lacounty.gov

Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Madera

LLAMADAS	1-559-675-7841 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
SITIO WEB	www.maderacounty.com/government/social-services

Agencia de Servicios Sociales del condado de Marin

LLAMADAS	1-877-410-8817 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
SITIO WEB	www.marinhhs.org

Agencia de Servicios Sociales del condado de Mariposa

LLAMADAS	1-800-266-3609 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
SITIO WEB	www.mariposacounty.org/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Napa

LLAMADAS	1-707-253-4279 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
SITIO WEB	www.countyofnapa.org/156/HHSA

Agencia de Servicios Sociales del condado de Orange

LLAMADAS	1-800-281-9799. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list.
SITIO WEB	ssa.ocgov.com/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Placer

LLAMADAS	1-530-886-1870 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	11434 B Ave Auburn, CA 95603
SITIO WEB	www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Departamento de Servicios Sociales Públicos del condado de Riverside

LLAMADAS	1-877-410-8827. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
SITIO WEB	rivcodpss.org/

Departamento de Asistencia Humana del condado de Sacramento

LLAMADAS	1-800-560-0976. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
SITIO WEB	dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

Servicios para Adultos Mayores y Adultos del condado de San Bernardino

LLAMADAS	1-909-891-3900 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
SITIO WEB	hss.sbcounty.gov/daas/

Departamento de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del condado de San Diego

LLAMADAS	1-866-262-9881. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
SITIO WEB	www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

Agencia de Servicios Sociales del condado de San Francisco

LLAMADAS	1-415-557-5000 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.sfhsa.org/contact-us/locations
SITIO WEB	www.sfhsa.org/

Agencia de Servicios Humanos del condado de San Joaquin

LLAMADAS	1-209-468-1000 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
SITIO WEB	www.sfhsa.org/

Departamento de Salud del condado de San Mateo

LLAMADAS	Línea de emergencia y asesoramiento para adultos mayores 1-844-868-0938. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
SITIO WEB	www.smchealth.org

Agencia de Servicios Sociales del condado de Santa Clara

LLAMADAS	1-877-962-3633. Esta llamada es sin costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos del condado.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	353 West Julian San Jose, CA 95110
SITIO WEB	socialservices.sccgov.org

Agencia de Servicios Sociales del condado de Santa Cruz

LLAMADAS	1-888-421-8080 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
SITIO WEB	www.santacruzhumanservices.org/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Solano

LLAMADAS	1-707-784-8400 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
SITIO WEB	www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Agencia de Servicios Sociales del condado de Sonoma

LLAMADAS	1-707-565-4700 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
SITIO WEB	sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Agencia de Servicios Sociales del condado de Stanislaus

LLAMADAS	1-877-652-0734 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
SITIO WEB	www.stancounty.com/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Tulare

LLAMADAS	1-800-540-6880 De lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Viernes, de 8 a. m. a 12 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
SITIO WEB	tchhsa.org/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Ventura

LLAMADAS	1-888-472-4463 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
SITIO WEB	www.ventura.org/human-services-agency/

Agencia de Servicios Sociales del condado de Yolo

LLAMADAS	1-833-744-4472 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Para encontrar la dirección postal de una oficina cercana, visite www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
SITIO WEB	www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Agencia de Servicios Sociales del condado de Yuba

LLAMADAS	1-877-652-0739 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711
CORREO POSTAL	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
SITIO WEB	www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. Agencia de servicios para la salud del comportamiento del condado

Si cumple los criterios de acceso, puede recibir a través del condado servicios especializados de salud mental y servicios para trastornos por abuso de sustancias de Medi-Cal. Identifique la tabla de su condado a continuación para encontrar la información de contacto de la agencia de servicios para la salud del comportamiento de su condado.

Servicios para la salud del comportamiento de Alameda

LLAMADAS	Salud mental: 1-800-491-9099. Esta llamada es sin costo. Abuso de sustancias: 1-844-682-7215. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	1-800-533-5018. Esta llamada es sin costo. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Servicios de salud de Amador

LLAMADAS	1-888-310-6555. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios de salud de Contra Costa

LLAMADAS	1-888-678-7277. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de El Dorado

LLAMADAS	1-800-929-1955. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Departamento de Salud del Comportamiento (Behavioral Health) del condado de Fresno

LLAMADAS	1-800-654-3937. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Kern

LLAMADAS	1-800-991-5272. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Salud del comportamiento del condado de Kings

LLAMADAS	1-800-655-2553. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Departamento de Salud Mental (Mental Health) del condado de Los Angeles

LLAMADAS	1-800-854-7771. Esta llamada es sin costo. Las llamadas a este número son sin costo, las 24 horas del día, los días 7 de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Salud del comportamiento del condado de Madera

LLAMADAS	1-888-275-9779. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Marin

LLAMADAS	1-888-818-1115. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Mariposa

LLAMADAS	1-800-549-6741. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Napa

LLAMADAS	1-800-648-8650. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios de salud mental y recuperación del condado de Orange

LLAMADAS	1-855-625-4657. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios de salud de Placer

LLAMADAS	1-888-886-5401. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Departamento de Salud Mental (Mental Health) del condado de Riverside

LLAMADAS	1-800-499-3008. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento del condado de Sacramento

LLAMADAS	1-888-881-4881. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Departamento de Salud del Comportamiento (Behavioral Health) del condado de San Bernardino

LLAMADAS	1-888-743-1478. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Departamento de Servicios para la Salud del Comportamiento (Behavioral Health Services) del condado de San Diego

LLAMADAS	1-888-724-7240. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de San Francisco

LLAMADAS	1-888-246-3333. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de San Joaquin

LLAMADAS	1-888-468-9370. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios de salud del comportamiento y recuperación del condado de San Mateo

LLAMADAS	1-800-686-0101. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Santa Clara

LLAMADAS	1-800-704-0900. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Santa Cruz

LLAMADAS	1-800-952-2335. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Solano

LLAMADAS	1-800-547-0495. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Sonoma

LLAMADAS	1-800-870-8786. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Stanislaus

LLAMADAS	1-888-376-6246. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Tulare

LLAMADAS	Salud mental: 1-800-320-1616. Esta llamada es sin costo. Trastorno por abuso de sustancias: 1-866-732-4114. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Ventura

LLAMADAS	1-866-998-2243. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Servicios para la salud del comportamiento de Yolo

LLAMADAS	1-888-965-6647. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	1-800-735-2929. Esta llamada es sin costo. Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.

Servicios para la salud del comportamiento de Yuba

LLAMADAS	1-888-923-3800. Esta llamada es sin costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Tenemos servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711. Esta llamada es sin costo.

Comuníquese con la agencia de salud del comportamiento del condado para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el condado;
- preguntas sobre los servicios para trastornos por abuso de sustancias que brinda el condado.

K. Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) se encarga de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con las apelaciones y quejas informales sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAMADAS	1-888-466-2219. Los representantes del DMHC están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CORREO POSTAL	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
POR FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

L. Alianza para Consumidores de Servicios de Salud (HCA)

La Alianza para Consumidores de Servicios de Salud (HCA) es una asociación estatal que ofrece asistencia legal gratuita en línea, por teléfono o en persona. Ayuda a los residentes de California que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud. Para obtener más información sobre la HCA o saber si puede recibir ayuda, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org/.

M. Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos

El sitio web de Medicare (www.es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. También hay otros programas de ayuda para personas con ingresos limitados, como se describe a continuación.

M1. Extra Help de Medicare

Como es elegible para Medi-Cal, califica para recibir Extra Help (ayuda adicional) de Medicare y ya la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para recibir esta Extra Help.

LLAMADAS	1-800-633-4227 Las llamadas a este número son sin costo, las 24 horas del día, los días 7 de la semana.
LÍNEA TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es sin costo. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.es.medicare.gov/

Si considera que está pagando un monto incorrecto por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto de su copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si no está seguro sobre qué evidencia proporcionarnos, comuníquese con una farmacia de la red o a Servicio a los Miembros. Generalmente, es una carta de la oficina de Medi-Cal o del Seguro Social que confirma que usted califica para participar en el programa “Beneficio Adicional”. La evidencia también puede ser un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Usted o su representante designado debe proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando surta medicamentos cubiertos de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia. Envíenos la evidencia de alguna de las siguientes maneras y se la reenviemos a los CMS para su actualización:
  - Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400
  - Por fax al 1-877-528-8579.
  - Llévela a una farmacia de la red o a la oficina local de Servicio a los Miembros en un centro de la red.

- Cuando recibamos la evidencia que contenga el nivel de copago correcto, actualizaremos el sistema para que pueda pagar el monto de copago que corresponde la próxima vez que surta su receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene deuda con ellos, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado realizó el pago en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.

M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles con VIH/SIDA a obtener medicamentos esenciales para tratar el VIH. Los medicamentos de Medicare Parte D que también se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles del ADAP califican para ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de California. Nota: Para ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos (conforme a la definición del estado) y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, llame a la central de llamadas de ADAP al 1-844-421-7050 de 8 a. m. a las 5 p. m., de lunes a viernes (excepto los días festivos).

M3. Plan de Pago de Recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos. Le ayuda a administrar los gastos de bolsillo de los medicamentos que cubre nuestro plan mediante una distribución a lo largo del año calendario, de enero a diciembre. Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (tal como el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Si bien esta opción de pago le ayuda a administrar sus gastos, no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** El programa Extra Help de Medicare y la ayuda de SPAP y ADAP, para quienes califiquen, es más favorable que participar en esta opción de pago, no importa el nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página o visite www.es.medicare.gov/.

N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción para Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarlo.

LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son sin costo. El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automatizados para escuchar información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
LÍNEA TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov/es

O. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios Railroad Retirement Board, (RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAMADAS	1-877-772-5772. Las llamadas a este número son sin costo. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles, de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y escuchar información grabada las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
LÍNEA TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son sin costo.
SITIO WEB	www.rrb.gov

P. Programa del Defensor General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal

El Programa del Defensor General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal ofrece ayuda GRATUITA a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura médica y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con lo siguiente:

- Medi-Cal;
- Medicare;
- su plan de salud;
- el acceso a servicios médicos;
- la presentación de apelaciones por servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental (Mental Health Services) u otros beneficios denegados;
- la facturación médica;
- servicios de apoyo en el hogar.

El Programa del Defensor General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal ayuda con quejas informales, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del programa es 1-855-501-3077.

Q. Servicios dentales de Medi-Cal

Medi-Cal Dental ofrece determinados servicios dentales, entre ellos:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, selladores y tratamientos con fluoruro;
- restauraciones y coronas;
- tratamientos de conducto; y
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

Según su condado, puede recibir los beneficios dentales a través del programa de pago por servicio (Fee-for-service, FFS) de Medi-Cal Dental o de atención dental administrada (Dental MC).

Medi-Cal Dental FFS (para condados que no son Los Angeles ni Sacramento)

LLAMADAS	1-800-322-6384. La llamada es sin costo. Los representantes del programa de FFS de Medi-Cal Dental están a su disposición para ayudarle de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	1-800-735-2922. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov/ sonriecalifornia.org/

Plan de atención dental administrada para los condados de Los Angeles y Sacramento

En lugar del programa de pago por servicio de Medi-Cal Dental, puede recibir beneficios dentales a través de un plan de atención dental administrada. Hay planes de atención dental administrada en los condados de Sacramento y Los Angeles. Si desea obtener más información sobre los planes dentales o cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada es sin costo. También puede encontrar la información de contacto de los planes de atención dental administrada en: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para recibir atención médica y otros servicios cubiertos a través de nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente los servicios que cubrimos y las reglas para ser propietario de equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Índice del capítulo 3

A. Información sobre los servicios y proveedores 66

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan 66

C. Su coordinador de atención 68

C1. Qué es un coordinador de atención 68

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención 68

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención 68

D. Atención de los proveedores 68

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria (PCP) 68

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 70

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 72

D4. Proveedores fuera de la red 73

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 74

F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias) ... 74

F1. Servicios para la salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan 76

G. Servicios de transporte 78

G1. Transporte médico que no es de emergencia 78

G2. Transporte no médico 79

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando necesita atención de urgencia o durante un desastre 80

H1. Atención durante una emergencia médica 80

H2. Atención de urgencia 82

H3. Atención durante un desastre 83

I. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 83

I1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios 84

J. Cobertura de servicios de atención para la salud en un estudio de investigación clínica 84

J1. Definición de estudio de investigación clínica 84

J2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 85

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica 85

K. Cobertura de sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud 85

K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de la salud 85

K2. Atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud 86

L. Equipo médico duradero (DME) 86

L1. Cómo obtener DME como miembro de nuestro plan 86

L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare 87

L3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan 87

L4. Equipos de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA) 88

A. Información sobre los servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. La atención médica, la salud del comportamiento y los LTSS cubiertos están en el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta están en el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros*.

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y están certificados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención de salud domiciliaria (en el hogar), clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención para la salud, servicios para la salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios para la salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan por lo general paga los servicios de atención para la salud, los servicios para la salud del comportamiento y muchos de los LTSS que obtenga cuando siga nuestras reglas. Para que nuestro plan lo cubra debe cumplir los siguientes requisitos:

- La atención que reciba debe figurar en la Tabla de beneficios médicos del **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.
- La atención debe ser **necesaria desde el punto de vista médico**. Con “necesaria desde el punto de vista médico”, nos referimos a servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su condición médica. La atención médicamente necesaria es necesaria para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención médica primaria (primary care provider PCP)** de la red que brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir a un proveedor de la red como su PCP (consulte la **sección D1** para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de un proveedor que no es su PCP o de otros proveedores que son parte de la red de nuestro plan. A esto se le conoce como **referido**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.

- No es necesario que obtenga un referido de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia, o para usar un proveedor de salud de la mujer o cualquier otro servicio incluido en la **sección D1**.

- **Debe recibir atención de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Si necesita atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **sección H**).
  - Si necesita atención cubierta por nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden brindársela, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red si nosotros o nuestro grupo médico autorizamos los servicios antes de que usted reciba la atención. En esta situación, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la autorización para acudir a un proveedor fuera de la red, consulte la **sección D4**.
  - Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan durante un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente, puede obtener atención de un proveedor fuera de la red. El costo compartido que paga por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si está fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor. Si es posible, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a programar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
  - Si es un miembro nuevo del plan, puede solicitar continuar con sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el capítulo 1 de esta *Guía para miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarle a ubicar proveedores de nuestra red. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa usando proveedores fuera de nuestra red.

Otra cobertura médica: debe utilizar toda otra cobertura médica antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura primaria, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. En la mayoría de los casos, esto significa que Medi-Cal será el pagador secundario de Medicare, y cubrirá los costos permitidos no pagados por Medicare u otra cobertura médica hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Kaiser Permanente Dual Complete: en la mayoría de los casos, será inscrito en nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete para los beneficios de Medicare desde el primer día del mes después de que solicite ser inscrito en Kaiser Permanente Dual Complete. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por hasta dos meses. Luego de ello, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Kaiser Permanente Dual Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Su coordinador del Programa para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Program) es responsable de coordinar su atención. Se comunicará con usted anualmente para hacer una valoración de riesgos de salud y también luego de un alta hospitalaria. (Para obtener más información, consulte el **capítulo 2**, **sección G**).

C2. Cómo comunicarse con su coordinador de atención

Consulte el **capítulo 2**, **sección G** para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención.

C3. Cómo cambiar de coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención, comuníquese con su coordinador de atención (consulte el **capítulo 2**, **sección G** para obtener más información).

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención médica primaria (PCP)

Debe escoger un proveedor de atención médica primaria (PCP) para que le brinde atención y la administre.

Definición de un PCP y qué hace por usted

Este proveedor es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. Su PCP también coordinará su atención. La “coordinación” de su atención incluye consultar a otros proveedores de la red sobre su atención y su progreso. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros (consulte la sección **D2** de este capítulo para obtener más información).

Su elección de PCP

Por lo general, su PCP ejercerá la medicina general (también llamada medicina interna o para adultos y medicina familiar) y, en algunos casos, la obstetricia o ginecología. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un profesional de enfermería avanzada o un auxiliar médico disponible para que sea su proveedor de atención médica primaria. En el *Directorio de proveedores y farmacias* se identifica a los PCP.

Su PCP brinda, receta o autoriza servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención básica o de rutina y le proporcionará un referido según sea necesario para consultar a otros proveedores de la red y recibir otro tipo de atención que necesite. Por ejemplo, para que usted pueda recibir atención de un especialista, por lo general primero necesita obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener un "referido" para un especialista). Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte la sección "Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP" de este capítulo).

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP y qué proveedores están aceptando nuevos pacientes.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También es posible que su PCP abandone la red de nuestro plan. Si su PCP abandona nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP de nuestra red. La selección de su PCP entrará en vigor de inmediato.

Para escoger o cambiar su PCP, llame a **nuestro número de selección de médico personal al** 1-888-956-1616 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. **También puede escoger su PCP en** kp.org/finddoctors (cambie el idioma a español).

Cuando llame, díganos si está recibiendo atención de especialistas u otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud domiciliaria y equipo médico duradero) para que podamos decirle si necesita un referido de su nuevo PCP para continuar los servicios. Además, en caso de que usted quiera utilizar un determinado especialista u hospital de la red, verifique con nosotros que el PCP haga referidos a ese especialista o que use ese hospital.

Servicios que puede obtener sin aprobación previa de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referido**. Puede obtener servicios como los que se mencionan a continuación sin antes obtener una aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.

- Servicios cubiertos de urgencia que requieren atención médica inmediata, pero no constituyen una emergencia, si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al momento, el lugar y las circunstancias, no resulta razonable recibir estos servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores que sean necesarias desde el punto de vista médico (tales como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama a Servicio a los Miembros antes de salir del área de servicio, podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y la vacuna contra el COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar. Estos incluyen exámenes de los senos, mamografías de evaluación (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red.
- Citas en las siguientes especialidades: optometría, abuso de sustancias y psiquiatría.
- En nuestra región del Sur de California, atención quiropráctica cubierta por Medicare, siempre que la reciba de un proveedor de la red.

Además, si es un miembro indio americano, puede obtener servicios cubiertos de un proveedor indio de atención médica que elija, sin requerir un referido de un PCP de la red ni autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Referidos de su PCP

Por lo general, debe consultar primero a su PCP para atender la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Solo hay pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin contar con la aprobación previa de su PCP, los cuales se describen en la **sección D1** anterior.

Un referido por escrito puede ser para una única consulta o puede ser un referido permanente para más de una consulta, si necesita servicios continuos. Debemos darle un referido abierto a un especialista calificado para cualquiera de estas afecciones:

- una condición crónica (continua);
- una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- una enfermedad o discapacidad degenerativa;
- otra afección o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento de un especialista.

Si no obtiene un referido por escrito cuando sea necesario, no podremos pagar la factura. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de esta página.

Referidos a proveedores de la red

Cuando su PCP le receta atención que no está disponible a través de un PCP (por ejemplo, atención especializada), le dará un referido para ver a un especialista de la red u otro proveedor de la red según sea necesario. Si su PCP le refiere a un especialista de la red, el referido será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir un referido abierto si se le indica atención continua del especialista. Le enviaremos un referido por escrito para autorizar una consulta inicial o un número específico de consultas con un especialista de la red. Después de su consulta inicial con el especialista de la red, debe regresar con su PCP, a menos que hayamos autorizado más consultas, de acuerdo con lo que se especifique en el referido escrito que le demos. No regrese con el especialista de la red después de su consulta inicial a menos que hayamos autorizado consultas adicionales en su referido. De lo contrario, los servicios no se pueden cubrir.

Autorización previa

Para los servicios y los artículos que se enumeran a continuación, su proveedor de la red deberá obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan o grupo médico (esto se denomina obtener “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el **capítulo 9**.

- Servicios y artículos identificados en el **capítulo 4** con una nota al pie (†).
- Si el proveedor de la red determina que usted requiere servicios cubiertos que no están disponibles en nuestra red de proveedores, este hará la recomendación al grupo médico de que usted sea referido a un proveedor fuera de la red, dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el grupo médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Los referidos a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir un referido abierto si se receta atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista fuera de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que el referido cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.

- Si determinamos que, después de recibir-atención de emergencia, necesita atención de postestabilización de un proveedor fuera de la red, hablaremos sobre su afección con ese proveedor. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que esta estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor fuera de la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Consulte la **sección H** de este capítulo para obtener más información.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos relacionados.
- Atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, descrita en la **sección K** de este capítulo.
- Solo para miembros del Norte de California: si su proveedor de la red hace un referido por escrito o electrónico para una evaluación de trasplante, la junta o el comité asesor regional de trasplantes o la conferencia de casos (si existe) del grupo médico autorizará el referido si determina que usted es un posible candidato para trasplante de órganos y el servicio está cubierto de acuerdo con las pautas de Medicare. En casos en que no exista un comité o junta de trasplantes, el grupo médico le referirá a un centro de trasplantes y el grupo médico autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de médico o están cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare. Nota: Un médico de la red puede proporcionar o autorizar un trasplante de córnea sin usar este procedimiento de autorización del trasplante del grupo médico.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Un proveedor de la red que usted usa puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, debemos darle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente obtiene atención del proveedor o si lo atendió en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir a otro proveedor calificado de la red para que continúe atendiendo sus necesidades de salud.

- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que otro proveedor de nuestra red continúe brindándole el tratamiento o las terapias que necesite desde el punto de vista médico. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si no podemos localizar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos hacer arreglos para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. La persona designada por el grupo médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Los referidos a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir un referido abierto si se receta atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron si no lo sabe. Si el especialista fuera de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que el referido cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un proveedor nuevo para que administre su atención.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no administramos bien su atención, tiene derecho a presentar una queja informal sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si usa un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que obtiene.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) pueden ayudarle a quedarse en casa y evitar una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, incluidos la atención en un centro de enfermería especializada, los Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community Based Adult Services, CBAS) y los Apoyos Comunitarios. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de Apoyo para el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS), está disponible a través de la agencia de servicios sociales de su condado.

Puede pedirle a su médico o a su coordinador de atención más información sobre los LTSS, incluidos los IHSS. Para solicitar los IHSS, su coordinador de atención puede ayudarle a comunicarse con la agencia de servicios sociales del condado adecuada que se indica en el **capítulo 4, sección F4** de esta *Guía para miembros*.

F. Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y trastorno por abuso de sustancias)

Tiene derecho a acceder a los servicios para la salud del comportamiento necesarios desde el punto de vista médico que Medicare y Medi-Cal cubren. Ofrecemos acceso a los servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicare y atención médica administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no ofrece servicios de salud mental especializados de Medi-Cal, ni servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias del condado, pero tiene disponibles estos servicios mediante las agencias de salud del comportamiento del condado, que se indican a continuación:

- Alameda County Department of Mental Health al 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018);
- Alameda County Department of Substance Abuse al 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018);
- Amador County Behavioral Health al 1-888-310-6555 (TTY 711);
- Contra Costa County Behavioral Health al 1-888-678-7277 (TTY 711);
- El Dorado County Behavioral Health al 1-800-929-1955 (TTY 711);
- Fresno County Behavioral Health al 1-800-654-3937 (TTY 711);
- Kern County Behavioral Health al 1-800-991-5272 (TTY 711);
- Kings County Behavioral Health al 1-800-655-2553 (TTY 711);
- Los Angeles County Department of Mental Health al 1-800-854-7771 (TTY 711);
- Madera County Behavioral Health al 1-888-275-9779 (TTY 711);
- Marin County Behavioral Health al 1-888-818-1115 (TTY 711);
- Mariposa County Behavioral Health al 1-800-549-6741 (TTY 711);

- Napa County Behavioral Health al 1-800-648-8650 (TTY 711);
- Orange County Mental Health and Recovery Services al 1-855-625-4657 (TTY 711);
- Placer County Behavioral Health al 1-888-886-5401 (TTY 711);
- Riverside County Behavioral Health al 1-800-499-3008 (TTY 711);
- San Bernardino Department of Behavioral Health al 1-888-743-1478 (TTY 711);
- San Diego County Behavioral Health Services al 1-888-724-7240 (TTY 711);
- Sacramento County Behavioral Health Services al 1-888-881-4881 (TTY 711);
- San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services al 1-800-686-0101 (TTY 711);
- San Francisco County Behavioral Health al 1-888-246-3333 (711);
- San Joaquin County Behavioral Health al 1-888-468-9370 (711);
- Santa Clara County Behavioral Health Services al 1-800-704-0900 (TTY 711);
- Santa Cruz County Behavioral Health al 1-800-952-2335 (711);
- Solano County Behavioral Health al 1-800-547-0495 (711);
- Sonoma County Behavioral Health al 1-800-870-8786 (711);
- Stanislaus County Behavioral Health al 1-888-376-6246 (711);
- Tulare County Department of Mental Health al 1-800-320-1616 (TTY 711);
- Tulare County Department of Substance Abuse al 1-866-732-4114 (TTY 711);
- Ventura County Behavioral Health al 1-866-998-2243 (TTY 711);
- Yolo County Behavioral Health al 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929);
- Yuba County Behavioral Health al 1-888 923-3800 (TTY 711).

F1. Servicios para la salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a estos servicios. Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que brinda la agencia de salud del comportamiento de su condado (identificada en la **sección F** de este capítulo) incluyen:

- servicios de salud mental;
- servicios de apoyo para medicamentos;
- servicios intensivos de tratamiento de día;
- rehabilitación diurna;
- servicios de intervención en casos de crisis;
- servicios de estabilización en casos de crisis;
- servicios de tratamiento en entorno residencial para adultos;
- servicios de tratamiento en entorno residencial en casos de crisis;
- servicios de instalaciones de salud psiquiátrica;
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internos;
- administración de casos específicos;
- reinserción de personas involucradas con la justicia, donde esté disponible;
- tratamiento asertivo comunitario (assertive community treatment, ACT), donde esté disponible;
- tratamiento asertivo forense comunitario (forensic assertive community treatment, FACT), donde esté disponible;
- atención especializada coordinada (coordinated specialty care, CSC) para el primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP), donde esté disponible;
- servicios de centros comunitarios, donde estén disponibles;
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitaria (community health workers, CHW), donde estén disponibles;
- empleo con apoyo, donde esté disponible;
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles;
- servicios terapéuticos para el comportamiento;
- cuidados terapéuticos de crianza;

Los servicios de Drug Medi-Cal (DMC) que proporciona su condado incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos;
- tratamiento residencial perinatal del trastorno por abuso de sustancias;
- servicios de tratamiento para pacientes externos;
- programa de tratamiento de narcóticos;
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también conocido como tratamiento asistido con medicamentos);
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles;

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) están disponibles para usted a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado, si reúne los criterios para recibir dichos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes externos;
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos;
- servicios de hospitalización parcial;
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también conocido como tratamiento asistido con medicamentos);
- servicios de tratamiento en entorno residencial;
- servicios de manejo de la abstinencia;
- programa de tratamiento de narcóticos;
- servicios de recuperación;
- coordinación de la atención;
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles;
- servicios de manejo de contingencias, donde estén disponibles;
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados.

Además de los servicios que se mencionan anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no es de emergencia

Tiene derecho a usar transporte médico que no sea de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para llegar a sus citas. Se puede proporcionar el NEMT para todos los servicios cubiertos de Medi-Cal, tales como citas médicas, dentales, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita NEMT, puede hablar con su proveedor de la red, dentista o proveedor para trastorno por abuso de sustancias y solicitarlo. Su proveedor decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si necesita NEMT, se lo recetarán completando un formulario y enviándolo a Kaiser Permanente Dual Complete para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, puede obtener una aprobación hasta por 12 meses. Su médico de atención primaria volverá a evaluar su necesidad de NEMT según corresponda o después del vencimiento de su receta, y puede volver a aprobar el NEMT hasta por 12 meses.

El NEMT puede ser una ambulancia, una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, o transporte aéreo. Kaiser Permanente Dual Complete autoriza el medio de transporte cubierto de menor costo y el NEMT más adecuado para sus necesidades médicas cuando tenga que trasladarse a su cita. Por ejemplo, si sus condiciones físicas o médicas le permiten el traslado en una camioneta para silla de ruedas, Kaiser Permanente Dual Complete no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su condición médica hace que cualquier forma de transporte terrestre sea imposible.

El NEMT debe utilizarse en los siguientes casos:

- lo necesita físicamente o desde el punto de vista médico según lo determine la autorización por escrito de su proveedor de la red, dentista o proveedor para trastornos por abuso de sustancias porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita;
- necesita ayuda del conductor para trasladarse desde y hacia su casa, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le ha recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a Kaiser Permanente Dual Complete al menos tres días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para las **citas**, llame lo antes posible. Tenga su tarjeta de identificación de miembro a la mano cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Límites en el transporte médico

Kaiser Permanente Dual Complete cubre el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubre el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, Kaiser Permanente Dual Complete le ayudará a programar su transporte. En el **capítulo 4** de este manual se incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de Kaiser Permanente Dual Complete a menos que se autorice previamente.

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico (non-medical transportation, NMT) incluyen viajar hacia y desde sus citas para recibir un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte sin costo para usted en los siguientes casos:

- cuando viaje hacia y desde una cita para recibir un servicio autorizado por su proveedor;
- cuando recoja medicamentos recetados y suministros médicos.

El plan Kaiser Permanente Dual Complete le permite utilizar un automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para trasladarse a sus citas para recibir servicios autorizados por su proveedor. Kaiser Permanente Dual Complete utiliza proveedores para organizar el NMT. Cubrimos el tipo de NMT de menor costo para satisfacer sus necesidades.

A veces, puede recibir un reembolso por el traslado en un vehículo privado que usted coordine. El plan Kaiser Permanente Dual Complete debe aprobarlo **antes** de que usted reciba el servicio de transporte, y debe informarnos por qué no puede trasladarse de otra manera, como en autobús. Puede informarnos llamando o enviando un correo electrónico, o en persona. **No recibirá un reembolso si conduce su propio vehículo**.

El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

- la licencia de conducir del conductor;
- el registro vehicular del conductor;
- el comprobante del seguro del vehículo para el conductor.

Para pedir un transporte para recibir servicios que han sido autorizados, llame a nuestra línea de transporte al 1-844-299-6230 (TTY 711) al menos tres días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para las **citas urgentes**, llame lo antes posible. También puede llamar si necesita más información. 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 lo pasen a buscar y la dirección a la que va;
- si necesita un viaje de regreso;
- si alguien viajará con usted (por ejemplo, un tutor legal, un cuidador o un padre o madre).

Nota: Los miembros indios americanos pueden comunicarse con su clínica local de salud para indios americanos y solicitar transporte no médico.

Límites en el transporte no médico

El plan Kaiser Permanente Dual Complete brinda el NMT de menor costo que satisfaga sus necesidades, desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No recibirá un reembolso si conduce su propio vehículo.**

El **NMT no** se aplica en los siguientes casos:

- Necesita una ambulancia, una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla u otra forma de transporte médico que no es de emergencia para llegar a un servicio.
- Necesita asistencia del conductor para trasladarse desde y hacia su casa, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando necesita atención de urgencia o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica de emergencia con síntomas tales como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una condición médica que está empeorando rápidamente. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:

- Riesgo grave para su vida o la de su bebé en gestación.
- Pérdida o daño grave de las funciones del cuerpo.
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una persona embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
  - no hay suficiente tiempo para transferirle de manera segura a otro hospital antes del parto,
  - el traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé en gestación.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda tan rápido como sea posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación ni un referido de su médico de atención primaria. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso aunque no sea parte de nuestra red.
- **Infórmele a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Hacemos un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, por lo general, en un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Sin embargo, no pagará los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos durante una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio pudiera poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.

Los proveedores que le proporcionan la atención de emergencia determinan en qué momento su afección se encuentra estable y cuándo termina la emergencia médica. Continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención de seguimiento si la necesita para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su atención lo antes posible.

Colaboraremos con los médicos que le proporcionan la atención de emergencia para ayudar en la administración y el seguimiento de sus cuidados. Después de que termine la emergencia, tiene derecho a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Cubriremos su atención de postestabilización de seguimiento de acuerdo con la ley correspondiente. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener autorización para la atención de postestabilización **antes** de que reciba la atención del proveedor fuera de la red. El proveedor que le esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de postestabilización. En la mayoría de los casos, usted será responsable de los costos únicamente si el proveedor fuera de la red o nosotros le informamos acerca de su posible responsabilidad.

Para solicitar la aprobación previa para recibir atención de postestabilización de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe llamarnos al 1-800-225-8883 (TTY 711). También pueden llamarnos al número de teléfono que aparece en el dorso 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, podemos hacer los arreglos necesarios para que reciba la atención de un proveedor de la red.

Si decidimos que un hospital de la red, un centro de enfermería especializada u otro proveedor proporcione la atención, podemos autorizar servicios de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para llevarle hasta el proveedor. Esto puede incluir servicios especiales de transporte que normalmente no cubriríamos.

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

La atención de postestabilización también incluye equipo médico duradero (DME) solo cuando se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo de DME está cubierto según se describe en el **capítulo 4** de 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.

Obtener atención de emergencia en casos que no suponían una emergencia médica

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de la salud del comportamiento. Es posible que usted acuda para recibir atención de emergencia y el médico diga que no era realmente una emergencia. Cubrimos su atención siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico indique que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional únicamente si:

- Consulta a un proveedor de la red.
- La atención adicional que reciba se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirla. Consulte la sección siguiente.

H2. Atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una situación que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, quizás tenga un brote por una afección existente o una enfermedad o lesión imprevistas.

Atención de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos la atención de urgencia únicamente en los siguientes casos:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red.
- Sigue las reglas que se describen en este capítulo.

Si no es posible o razonable acceder a un proveedor de la red, por razones de tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros consejeros para ayudarle. Los enfermeros consejeros son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero consejero.

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas acerca de dudas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido

programar citas de atención de urgencia para el mismo día siempre que sea aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero consejero las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, consulte en su *Directorio de proveedores y farmacias* los números de teléfono para citas y consejos.

Atención de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención de urgencia que le proporcione cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean necesarias desde el punto de vista médico, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Los servicios fueron necesarios para tratar una enfermedad o lesión imprevista para evitar un deterioro grave de su salud.
- No fue razonable retrasar el tratamiento hasta que regresó a nuestra área de servicio.
- Los servicios se habrían cubierto si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, también tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: kp.org/espanol.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red a la tarifa de costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información.

I. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más del costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros* para saber qué debe hacer.

No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

I1. Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios que:

- se determine que son necesarios desde el punto de vista médico;
- se incluyan en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*);
- usted obtiene al seguir las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, usted paga **el costo total**, a menos que estén cubiertos por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el capítulo 9 de esta *Guía para miembros* se explica qué debe hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También se indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si pasa ese límite, es posible que deba pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio.
Consulte el **capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio a los Miembros para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y la cantidad de sus beneficios que ha utilizado.

J. Cobertura de servicios de atención para la salud en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban tipos nuevos de atención médica o medicamentos. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, por lo general, se solicita que voluntarios participen en el estudio. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la del proveedor de atención médica primaria, pero le recomendamos que lo informe, tanto a nosotros como a su proveedor. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto para las personas inscritas en Original Medicare, le recomendamos que usted o a su coordinador de atención se comunique con Servicio a los Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago de los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación;
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención.

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted pagará la mayor parte de los costos por participar en el estudio.

J3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.es.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cobertura de sus servicios de atención para la salud en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

K1. Definición de institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un lugar en el que se brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.

Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de Medicare Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

K2. Atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, debe firmar un documento legal en el que se indique que se opone a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- Tratamiento médico “no exceptuado” se refiere a cualquier tipo de tratamiento o atención médica al que el paciente se somete de forma **voluntaria y que no es obligatorio** conforme a ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” se refiere al tipo de tratamiento o atención médica al que el paciente se somete de forma involuntaria o que es obligatorio conforme a alguna ley federal, estatal o local.
- Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:
- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución proporcionados en un centro de atención:
  - Debe tener una condición médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - Debe obtener nuestra aprobación antes de que ingrese en el centro de atención, o **no** se cubrirá su estancia.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y costos compartidos necesarios para los servicios que brindan los proveedores de la red, como se describe en los **capítulos 4 y 12**.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. Cómo obtener DME como miembro de nuestro plan

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

- El artículo está hecho para usarlo repetidamente.
- El artículo se usa principal y habitualmente para un objetivo médico.
- El artículo generalmente es útil únicamente para una persona que tiene una enfermedad, lesión, deterioro funcional o anomalía congénita.
- El artículo es apropiado para usar dentro o fuera de casa.
- El artículo es necesario para ayudarle con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL).

El equipo médico duradero requiere aprobación previa. La cobertura se limita al artículo de menor costo que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos el proveedor. Deberá regresarnos el equipo o pagarnos el precio de mercado justo del equipo cuando ya no esté bajo nuestra cobertura.

El DME incluye ciertos artículos médicos necesarios ordenados por un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de generación de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andaderas.

Determinados artículos de DME, como las prótesis, son de su propiedad.

Otros tipos de DME se deben alquilar. Como miembro de nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente del tiempo que los alquile.

Incluso si tuvo un DME hasta por 12 meses seguidos a través de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo **no** será de su propiedad.

L2. Propiedad del DME si se cambia a Original Medicare

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de que pasen a ser de su propiedad.

Si ya no tiene Medi-Cal, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos mediante la cobertura de Original Medicare o tendrá que hacer la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA para que el artículo de DME sea de su propiedad si:

- no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan;
- abandona nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Original Medicare o un plan MA.

Si realizó pagos para el artículo de DME mediante Original Medicare o un plan MA antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Original Medicare o el plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de abandonar nuestro plan**.

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos mediante Original Medicare o una cantidad de pagos nuevos consecutivos establecidos por el plan MA para obtener la propiedad del artículo de DME.
- No existen excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare o a un plan MA.

L3. Beneficios de los equipos de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, cubriremos lo siguiente:

- el alquiler de equipos de oxígeno;
- el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno;
- tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- el mantenimiento y los arreglos del equipo de oxígeno.

Deberá devolver el equipo de oxígeno cuando ya no sea necesario desde el punto de vista médico para usted o si abandona nuestro plan.

L4. Equipos de oxígeno si se cambia a Original Medicare o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico y **usted abandona nuestro plan y se cambia a Original Medicare**, debe alquilárselo a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubren estos pagos si todavía está inscrito en Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionarle lo siguiente:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por 24 meses más;
- equipo de oxígeno y suministros para hasta cinco años si es necesario desde el punto de vista médico.

Si el equipo de oxígeno todavía es necesario desde el punto de vista médico **al final del período de cinco años:**

- Su proveedor ya no tendrá que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Debe alquilar a un proveedor durante 36 meses.
- Su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante 24 meses más.
- Cada cinco años, comienza un nuevo ciclo siempre y cuando el equipo de oxígeno sea necesario desde el punto de vista médico.

Cuando el equipo de oxígeno es necesario desde el punto de vista médico y **usted abandona nuestro plan y pasa a otro plan de MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Original Medicare. Puede preguntarle a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo se describen los servicios que cubre nuestro plan, además de las restricciones o límites de estos servicios y cuánto paga por cada uno. También se describen los beneficios no cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Nuevos miembros de Kaiser Permanente Dual Complete: en la mayoría de los casos, la inscripción en nuestro plan Kaiser Permanente Dual Complete para los beneficios de Medicare será el primer día del mes después de que solicite inscribirse en Kaiser Permanente Dual Complete. Aún puede recibir los servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes adicional. Luego de ello, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de Kaiser Permanente Dual Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al 1-800-443-0815 (TTY 711). Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Capítulo 4 Índice

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo 90

B. Reglas para los proveedores que le cobran por los servicios 90

C. Descripción de la Tabla de beneficios de nuestro plan 90

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 96

E. Apoyos comunitarios 169

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 176

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT) 176

F2. Servicios dentales de Medi-Cal 176

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) 177

F4. Programas de Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad 1915(c) 177

F5. Servicios para la salud del comportamiento del condado que se proporcionan fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias) 180

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal 182

A. Sus servicios cubiertos y gastos de bolsillo

En este capítulo se describen los servicios que nuestro plan cubre y cuánto debe pagar por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios para medicamentos está en el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros*. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Por algunos servicios, se cobra un gasto de bolsillo llamado copago. Se trata de un monto fijo (por ejemplo, $5) que paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicio a los Miembros, al 1-800-443-0815 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

B. Reglas para los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así aún en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si la recibe, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros* o llame a Servicio a los Miembros.

C. Descripción de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica qué servicios paga nuestro plan. (La cobertura de medicamentos está en el **capítulo 5**). Se mencionan en orden alfabético y se explican los servicios cubiertos.

Pagamos los servicios mencionados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Proporcionamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal según las reglas establecidas por Medicare y Medi- Cal.
- Los servicios, que incluyen atención médica, servicios para la salud del comportamiento y trastorno por abuso de sustancias, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos, deben ser “necesarios desde el punto de vista médico”. Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También hace referencia a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga aprobación de antemano para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si el ciclo de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado un referido. Esto significa que es posible que usted pague al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe. En el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros* tiene más información sobre cómo utilizar los proveedores dentro y fuera de la red.

- Tiene un proveedor de atención médica primaria (PCP) o un equipo de atención que brinda y maneja sus cuidados. En la mayoría de los casos, su médico de atención primaria debe darle su aprobación antes de que pueda recibir atención de un proveedor que no es su médico de atención primaria o de otros proveedores que son parte de la red de nuestro plan. A esto se le conoce como referido. El **capítulo 3** de esta *Guía para miembros* contiene más información sobre cómo obtener un referido y en qué ocasiones no necesita uno.

- Cubrimos algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios, solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación previamente. Esto se denomina autorización previa (prior authorization, PA). Marcamos con una nota al pie (†) los servicios cubiertos en la Tabla de beneficios que necesitan autorización previa. Además, consulte el **capítulo 3** para obtener más información sobre la PA, incluidos otros servicios que requieren PA que no se mencionan en la Tabla de beneficios.

- Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida mientras sea razonable y necesaria desde el punto de vista médico para evitar alteraciones en los cuidados según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor que brinda el tratamiento.

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y usted 2027*. Puede consultarlo en línea en es.medicare.gov o llamar al 1-800-633-4227 para solicitar una copia. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

- Si pierde la cobertura de Medi-Cal en el período de 4 meses de nuestro plan de elegibilidad continuada, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos del plan de Medicare Advantage. Sin embargo, es posible que su cobertura de Medi-Cal termine antes que la cobertura de Medicare que nosotros le proporcionamos. Cuando termine su cobertura de Medi-Cal , dejaremos de pagar sus beneficios de Medi-Cal. Los costos compartidos de los beneficios que cubre Kaiser Permanente Dual Complete cambiarán según se describe en la Tabla de beneficios de esta *Guía para miembros*. También puede perder Extra Help de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D.

Le brindaremos asistencia para que recupere su elegibilidad con Medi-Cal. Si recupera la elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal mientras continúa inscrito en nuestro plan para obtener su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y usted permanecerá inscrito con nosotros. Si recupera la elegibilidad para recibir todos los beneficios de Medi-Cal después de que cancelemos su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas: solo para miembros del Sur de California

- Si tiene alguna de las condiciones crónicas que se mencionan a continuación y cumple determinados criterios, podría ser elegible para acceder a beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
    - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, SUD).
    - Enfermedades autoinmunes:
        - poliarteritis nodosa;
        - polimialgia reumática;
        - polimiositis;
        - dermatomiositis;
        - artritis reumatoide;
        - lupus eritematoso sistémico;
        - artritis psoriásica;
        - esclerodermia.
    - Cáncer.
    - Enfermedades cardiovasculares:
        - arritmias cardíacas;
        - enfermedad de las arterias coronarias;
        - enfermedad vascular periférica;
        - enfermedad cardíaca valvular.
    - Insuficiencia cardiaca crónica.
    - Demencia.
    - Diabetes mellitus.
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
    - Enfermedad gastrointestinal crónica:
        - enfermedad hepática crónica;
        - enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD);
        - hepatitis B;
        - hepatitis C;
        - pancreatitis;
        - síndrome del intestino irritable;
        - enfermedad inflamatoria intestinal.
    - Enfermedad renal crónica (CKD):
        - CKD que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (ESRD);
        - CK que no requiere diálisis.
    - Enfermedades hematológicas graves:
        - anemia aplásica;
        - hemofilia;
        - púrpura trombocitopénica inmunitaria;

  - síndrome mielodisplásico;
  - enfermedad de células falciformes (no incluye el rasgo de células falciformes);
  - trastorno tromboembólico venoso crónico.
- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos:
  - asma, bronquitis crónica;
  - fibrosis quística;
  - enfisema;
  - fibrosis pulmonar;
  - hipertensión pulmonar;
  - enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes:
  - trastorno bipolar;
  - trastorno depresivo mayor;
  - paranoia;
  - esquizofrenia;
  - trastorno esquizoafectivo;
  - trastorno de estrés postraumático (PTSD);
  - trastornos alimentarios;
  - trastornos de ansiedad.
- Trastornos neurológicos:
  - esclerosis lateral amiotrófica (ELA);
  - epilepsia;
  - parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía);
  - enfermedad de Huntington;
  - esclerosis múltiple;
  - enfermedad de Parkinson;
  - polineuropatía;
  - fibromialgia;
  - síndrome de fatiga crónica;
  - lesiones en la médula espinal;
  - estenosis espinal;
  - déficit neurológico relacionado con un ataque cerebral.
- Ataque cerebral.
- Atención posterior a un trasplante de órganos.
- Trastornos de inmunosupresión e inmunodeficiencia.
- Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo:
  - enfermedad de Alzheimer;
  - discapacidades intelectuales y discapacidades del desarrollo;
  - lesiones cerebrales traumáticas;
  - enfermedad mental incapacitante asociada con la disfunción cognitiva;
  - disfunción cognitiva leve.
- Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares:
  - lesiones en la médula espinal;
  - parálisis;
  - pérdida de una extremidad;
  - ataque cerebral;
  - artritis.

- Condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
- Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o retengan su capacidad funcional.
- Para calificar y acceder a los beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), debe cumplir **todos** los criterios que se indican a continuación:
    - Tiene una o más condiciones crónicas concomitantes y médicamente complejas de las que se enumeraron anteriormente que suponen un riesgo para su vida o que limitan significativamente su salud o funcionamiento en general.
    - Tiene una hospitalización de alto riesgo u otro resultado de salud adverso significativo;
    - Requiere la coordinación de cuidados intensivos.

  Para obtener más información sobre las políticas de SSBCI de Kaiser Permanente y los criterios objetivos, visite nuestro sitio web kp.org/Medicare/SSBCI (cambie el idioma a español).
- No necesita hacer nada. El plan determinará su elegibilidad mediante una revisión de su historial de reclamos médicos y su historia clínica para verificar el diagnóstico de condiciones crónicas elegibles, el alto riesgo de hospitalización y la necesidad de coordinación de cuidados intensivos.
- En determinados casos, cuando el historial de reclamos médicos o las historias clínicas no sean suficientes para determinar la elegibilidad para SSBCI, como cuando es un miembro nuevo de Kaiser Permanente, un proveedor puede confirmar su elegibilidad completando y enviando el *Formulario de confirmación del proveedor* (Provider Attestation Form). Este formulario únicamente puede utilizarse para validad de forma *preliminar* la elegibilidad para SSBCI en un período de beneficios inicial de seis meses. El envío del formulario no garantiza la elegibilidad para SSBCI. Al finalizar este período preliminar, la elegibilidad en curso debe verificarse mediante una revisión de su historial de reclamos médicos y su historia clínica.
- Para obtener más detalles, consulte los beneficios suplementarios especiales en la fila Enfermedad crónica de la Tabla de beneficios a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

- Todos los servicios preventivos son sin costo. Esta manzana señala los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

En la Tabla de beneficios a continuación, se describen los beneficios médicos de los siguientes planes de Kaiser Permanente Dual Complete incluidos en esta *Guía para miembros*:

- Plan South P1
- Plan South P6
- Plan South P7

- Plan South P9
- Plan South P10
- Plan South P11
- Plan North P2
- Plan North P16
- Plan North P17
- Plan North P18
- Plan North P19
- Plan North P20
- Plan North P21
- Plan North P22
- Plan North P23
- Plan North P24
- Plan North P25

Si no sabe cuál es el plan en el que está inscrito, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de la *Notificación Anual de Cambios* (o para los nuevos miembros, consulte su formulario de inscripción o la carta de confirmación de la inscripción).

Nota: Consulte el **capítulo 1** para conocer el área de servicio geográfica de cada plan incluido en esta *Guía para miembros*. Para cumplir con los objetivos relacionados con costos compartidos, inscripciones y cancelación de la afiliación, hay varios planes Dual Complete en nuestras áreas de servicio de la región, que se describen en la *Guía para miembros*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de las áreas de servicio de sus regiones.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un único ultrasonido de detección para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene un referido para ella de un médico, asistente médico profesional (PA), profesional de enfermería avanzada (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Acupuntura† Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes externos en cualquier mes calendario, o con más frecuencia, si son necesarios desde el punto de vista médico. También pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene dolor crónico en la parte baja de la espalda, que se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no está asociado con una cirugía; • no está asociado con el embarazo. Además, si muestra una mejoría, pagaremos ocho sesiones de acupuntura adicionales contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura por año contra el dolor crónico de la parte baja de la espalda. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si el dolor no mejora o si empeora. Requisitos del Proveedor: Los médicos pueden prestar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Acupuntura† (continuación) Los asistentes médicos profesionales (PA), profesionales de enfermería avanzada (NP), especialistas en enfermería clínica (CNS) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Herbal Medicine; • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para realizar servicios de acupuntura en el estado donde recibirá la atención. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe hacerlo con un nivel adecuado de supervisión de un médico, PA, NP o CNS, según lo establecido por nuestras regulaciones. También cubrimos servicios de acupuntura no cubiertos por Medicare, que por lo general se proporcionan solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral de manejo del dolor para tratar el dolor crónico.	
	También es posible que pueda acceder a los servicios de acupuntura con su cobertura de Medi-Cal. En Medi-Cal, cubrimos los servicios de acupuntura que son necesarios desde el punto de vista médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor crónico intenso y persistente que se produce por una afección médica generalmente conocida. Los servicios de acupuntura de Medi-Cal para pacientes externos no requieren un referido ni una aprobación previa. Estos servicios de acupuntura están cubiertos cuando se obtienen a través de nuestros proveedores de la red o proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura que cubre Medi-Cal, por favor, llame a American Specialty Health al 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección del consumo indebido de alcohol y asesoramiento. Pagamos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol (detección, evaluación, intervención breve y referido para el tratamiento [Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT]) para adultos que consumen alcohol de forma indebida pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las personas embarazadas. Si la prueba de detección del consumo indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones cara a cara breves de asesoramiento al año (siempre que mantenga la lucidez y la capacidad para participar) con un proveedor de atención médica primaria (PCP) o un profesional médico calificados, en un centro de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si son para una situación de emergencia como si no es de emergencia, incluyen transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda proporcionarle atención. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean de emergencia) deben recibir nuestra aprobación. En casos que no sean emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otros medios para llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Consulte el capítulo 3 para obtener información adicional sobre el transporte que no es de emergencia. También cubrimos los servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte mediante el sistema de respuesta a emergencias del 911 donde esté disponible) si cree razonablemente que tiene una emergencia médica y que su condición necesita la asistencia clínica de los servicios de transporte en ambulancia.	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por viaje de ida o vuelta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$620** • South P6: **$630** • South P7: **$620** • South P9: **$290** • South P10: **$630** • South P11: **$540** • North P2: **$620** • North P16: **$630** • North P17: **$590** • North P18: **$610** • North P19: **$630** • North P20: **$630** • North P21: **$620** • North P22: **$620** • North P23: **$630** • North P24: **$450** • North P25: **$630**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Consulta anual de bienestar Puede hacerse un examen médico anual. Esto es para realizar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos uno cada 12 meses. **Nota:** No puede solicitar su primera visita anual de bienestar durante los 12 meses posteriores a su consulta de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para obtener las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. También cubrimos los exámenes físicos de rutina anuales adecuados desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de práctica profesional generalmente aceptadas.	$0
	Servicios preventivos para el asma Para personas con asma mal controlada, puede recibir información sobre el asma y una evaluación del entorno de su hogar sobre los desencadenantes que se encuentran comúnmente en los hogares.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para miembros que califican (por lo general, alguna persona que está en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida de masa ósea o evalúan la calidad ósea. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son necesarios desde el punto de vista médico. También le pagamos a un médico para que observe y comente los resultados.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía de referencia para pacientes de entre 35 y 39 años; • una mamografía de detección cada 12 meses para pacientes mayores de 40 años; • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses. Además, las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno pueden calificar para una valoración de riesgos, pruebas genéticas y asesoría genética.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden de un médico. Cubrimos estos programas integrales si tuvo al menos una de estas afecciones: • ataque al corazón en los últimos 12 meses; • cirugía de derivación coronaria; • angina de pecho estable (dolor de pecho); • reparación o sustitución de válvulas del corazón; • angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se utiliza para abrir una arteria obstruida) o colocación de stent coronario (un procedimiento que se utiliza para mantener abierta una arteria); • trasplante de corazón o corazón y pulmón; • insuficiencia cardíaca crónica estable. Limitaciones de cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones por día (de una hora de duración cada una), y el programa puede extenderse hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda acceder a 36 sesiones más que pueden distribuirse por un período más largo.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0**
	Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (del corazón) (terapia para enfermedad cardíaca) Pagamos una visita por año, o más si son necesarias desde el punto de vista médico, con su proveedor de atención médica primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca. Es posible que durante la visita su médico haga lo siguiente: • analice el uso de la aspirina, • revise su presión arterial, • le dé consejos para asegurarse de que se alimente de forma saludable.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular (del corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos provocados por un alto riesgo de tener una enfermedad cardíaca. También pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares si su médico lo solicita.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Pagamos por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino y vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad de tener hijos: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que tienen entre 30 y 65 años de edad: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o bien prueba de Papanicolaou y prueba de VPH cada cinco años.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación. Este servicio cubierto por Medicare lo proporciona un quiropráctico de la red o, para los miembros del †Norte de California, un quiropráctico autorizado por un proveedor de la red. Para obtener una la lista de quiroprácticos de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. • Medi-Cal puede cubrir los servicios quiroprácticos cuando se reciben en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o en clínicas de salud rurales (Rural Health Clinics, RHC) dentro la red de Kaiser Permanente. Es posible que los FQHC y RHC soliciten un referido para recibir los servicios. Para obtener más información sobre los servicios disponibles en los FQHC o RHC, llame a Servicio a los Miembros. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios quiroprácticos (continuación) • Medi-Cal también puede cubrir servicios quiroprácticos para personas embarazadas hasta los 60 días posteriores al final del embarazo y para residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de cuidados intermedios o un centro de atención para afecciones subagudas. Trabajamos con American Specialty Health (ASH) para organizar servicios quiroprácticos para estos miembros. Puede comunicarse con al 1-800-678-9133 (TTY 711).	
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y tiene la siguiente cobertura: una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no corren un alto riesgo, 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y más que no están en alto riesgo de tener cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en el que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses después del mes en el que se hizo la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes que están en mayor riesgo de tener cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección ya realizada luego de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años de edad. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo luego de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada para pacientes con alto riesgo. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de mayor riesgo. Una vez cada tres años. • Análisis de sangre de biomarcadores para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de mayor riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de obtener un resultado positivo en un análisis de heces no invasivo, cubierto por Medicare, para detectar cáncer colorrectal. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, o como resultado de ella, y en el mismo encuentro clínico. • Procedimientos que se realizan durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos). • Las colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una prueba de detección de sigmoidoscopia flexible.	
	Servicios dentales† Pagamos determinados servicios dentales, como los que se indican a continuación. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, descrito en la **sección F2** a continuación. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales antes de un trasplante de órgano.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
		• South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0**
	Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o referidos.	$0
	Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta, hipertensión arterial; • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia); • obesidad; • historial de nivel alto de azúcar en la sangre. Las pruebas también pueden cubrirse en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Usted puede calificar para hacerse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para personas diabéticas†
	
	Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que utilicen insulina o no):
	• Suministros para monitorear la glucosa en la sangre, entre los que se incluyen los siguientes:
	  ○ un monitor de glucosa en la sangre;
	  ○ tiras reactivas para glucosa en la sangre;
	  ○ lancetas y dispositivos para lancetas;
	  ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.
	• Para personas diabéticas que tienen enfermedad del pie diabético severa, pagamos lo siguiente:
	  ○ Un par de calzado con molde personalizado (incluidas las plantillas), además del ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario; o un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (no incluye las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos).
		$0
		
		Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal, usted pagará el siguiente **coseguro** dependiendo del plan en el que esté inscrito:
		• South P1: **20%**
		• South P6: **20%**
		• South P7: **20%**
		• South P9: **0%**
		• South P10: **20%**
		• South P11: **20%**
		• North P2: **20%**
		• North P16: **20%**
		• North P17: **20%**
		• North P18: **20%**
		• North P19: **20%**
		• North P20: **20%**
		• North P21: **20%**
		• North P22: **20%**
		• North P23: **20%**
		• North P24: **20%**
		• North P25: **20%**

	• En algunos casos, pagamos una capacitación para ayudarle a controlar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros. **Nota:** Puede optar por recibir capacitación para el automanejo de la diabetes de un programa fuera de nuestro plan reconocido por la American Diabetes Association y aprobado por Medicare.	$0
	Servicios de doula Para personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el período prenatal y el período posparto, así como también apoyo durante el parto. También se pueden proporcionar hasta nueve consultas de posparto adicionales con una recomendación por escrito adicional de un médico u otro profesional médico autorizado.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† Consulte el **capítulo 12** de esta *Guía para miembros* y encontrará la definición de "equipo médico duradero (DME)". Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas, incluidas sillas de ruedas eléctricas; • muletas; • sistemas de colchones eléctricos; • almohadilla de presión seca para colchón; • suministros para controlar la diabetes; • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar; • bombas de infusión intravenosa (IV) y poste; • dispositivos para generar habla; • equipo y suministros de oxígeno; • nebulizadores; • andaderas; • bastones (estándar o de cuatro apoyos) y los suministros de reemplazo; • tracción cervical (para instalarse sobre la puerta); • estimulador óseo; • equipo para atención de diálisis. Es posible que se cubran otros artículos. Pagamos por todos los DME necesarios desde el punto de vista médico que normalmente pagan Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory (cambie el idioma a español). También cubrimos los siguientes DME no cubiertos por Medicare cuando sean necesarios desde el punto de vista médico: • accesorios de cama para una cama de hospital cuando se requiere la extensión de la cama; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, deberá pagar el siguiente **coseguro** dependiendo del plan en el que esté inscrito, excepto que, para medidores de flujo máximo y equipos de terapia de luz ultravioleta, no pagará nada: • South P1: **20%** • South P6: **20%** • South P7: **20%** • South P9: **0%** • South P10: **20%** • South P11: **20%** • North P2: **20%** • North P16: **20%** • North P17: **20%** • North P18: **20%** • North P19: **20%** • North P20: **20%** • North P21: **20%** • North P22: **20%** • North P23: **20%** • North P24: **20%** • North P25: **20%** **Equipo de oxígeno** **Si pierde su cobertura completa de Medi-Cal**, su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el mismo monto indicado anteriormente, cada vez que reciba el equipo. El costo compartido no cambiará una vez que haya estado inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (continuación) • protectores de talón o de codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión; • dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha creado complicaciones médicas (por ejemplo, infección de la piel) o está impidiendo las actividades de la vida diaria; • bolsa de reanimación cuando el paciente traqueotomizado tiene problemas importantes de manejo de las secreciones y necesita una técnica de lavado y aspiración asistida por una respiración profunda a través de la bolsa de reanimación; • equipo de terapia de luz ultravioleta para afecciones distintas de la psoriasis según sea necesarios desde el punto de vista médico, incluido el equipo para terapia de luz ultravioleta para uso en el hogar, si (1) el equipo se aprobó para usted mediante el proceso de autorización previa de nuestro plan, tal como se describe en el **capítulo 3** y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio. (La cobertura para equipos de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él).	
	Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • proporcionados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia; • necesarios para tratar o evaluar una emergencia médica. Una emergencia médica se refiere a una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que está empeorando rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos médicos promedio podría esperar que resulte en: • riesgo grave para su salud o la de su bebé en gestación; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	\$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta en el Departamento de Emergencias, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **\$115** • South P6: **\$115** • South P7: **\$115** • South P9: **\$0** • South P10: **\$115**

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Atención de emergencia (continuación)
	• daño grave de las funciones del organismo;
	• una disfunción grave de cualquier órgano del cuerpo;
	• pérdida de una extremidad o pérdida del funcionamiento de una extremidad.
	• En el caso de una persona embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
	  ○ No hay suficiente tiempo para transferirle de manera segura a otro hospital antes del parto.
	  ○ Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su bebé en gestación.
	Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.
		• South P11: **$115**
		• North P2: **$115**
		• North P16: **$115**
		• North P17: **$115**
		• North P18: **$115**
		• North P19: **$115**
		• North P20: **$115**
		• North P21: **$115**
		• North P22: **$115**
		• North P23: **$115**
		• North P24: **$115**
		• North P25: **$115**
		El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios y que se proporcionan fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red.
		†Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su condición de emergencia, para que la atención que reciba siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red de Medi-Cal, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos por los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico para planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticonceptivo intrauterino/dispositivo intrauterino, implantes, inyecciones, píldoras para el control de la natalidad, parche o anillo). • Suministros para planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Servicios limitados de fertilidad como asesoría y educación sobre técnicas de conocimiento de la fertilidad, u orientación de salud preconcepcional, pruebas y tratamiento contra infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoramiento y pruebas para el VIH y el SIDA, además de otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario de consentimiento federal de esterilización al menos 30 días pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoría genética. También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass®) El programa One Pass proporciona un beneficio de acondicionamiento físico para ayudar a los miembros a tomar el control de su salud y sentirse en óptimas condiciones. El programa One Pass incluye: • Gimnasios y lugares de acondicionamiento físico: usted recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de gimnasios dentro de la red mediante la red básica y premium. Los lugares de acondicionamiento físico incluyen centros nacionales, locales y comunitarios, y estudios boutique. Puede usar cualquier lugar dentro de la red y distintos lugares de acondicionamiento físico participantes durante el mismo mes. Los gimnasios y los lugares de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. • Acondicionamiento físico en línea: usted tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a programas de ejercicios físicos en cualquier momento por medio del sitio web o la aplicación móvil para los miembros de One Pass. • Acondicionamiento físico y actividades sociales: también tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales por medio del sitio web para los miembros de One Pass. • Kits de acondicionamiento físico en casa: si prefiere entrenar en casa, también puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico en casa por año calendario, para fuerza, yoga o danza. Los kits están sujetos a cambios y, una vez seleccionados, no se pueden intercambiar. • Salud del cerebro: acceso en línea a programas de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite www.YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 7:00 p. m. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass®) (continuación) Los siguientes servicios no están cubiertos: servicios adicionales (como entrenamiento personal, clases de acondicionamiento físico en grupo de pago, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de la membresía estándar). One Pass® es una marca comercial registrada de One Pass Solutions, Inc., en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y no es un programa voluntario. El programa One Pass y los servicios que ofrece varían según el plan, la zona y la ubicación. La información proporcionada por este programa solo tiene fines informativos generales y no pretende ser un consejo médico ni debe interpretarse como tal. One Pass no se hace responsable de los servicios o la información proporcionada por terceros. Las personas deben consultar a un profesional de la salud adecuado antes de iniciar cualquier programa de ejercicios o para decidir qué puede ser adecuado para ellas.	
	Programas de educación sobre salud y bienestar Ofrecemos varios programas que se centran en determinadas condiciones médicas. Entre estos se incluyen los siguientes: • clases de educación para la salud; • clases de educación sobre nutrición; • tratamiento para dejar de fumar y consumir tabaco; • línea telefónica directa de enfermería. Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre cierta cantidad de clases de educación para la salud entre las que se incluyen: corazón sano, cómo vivir con condiciones crónicas y depresión. Los programas para un estilo de vida saludable se brindan a través de un educador en salud certificado u otro profesional de la salud calificado. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) Cubrimos una variedad de asesoramientos, programas y materiales sobre educación para la salud para ayudarle a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos programas para condiciones crónicas (como diabetes y asma). También puede participar en programas que no cubrimos, pero es posible que deba pagar una tarifa. Para obtener más información sobre el asesoramiento, los programas y los materiales de educación para la salud que ofrecemos, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud local o con Servicio a los Miembros, o visite el sitio web kp.org/clases.	
	Servicios para la audición (incluyen audífonos) Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le dicen si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención a pacientes externos cuando los obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	También pagamos los audífonos si: • le realizaron pruebas para la pérdida de audición; • los audífonos son necesarios desde el punto de vista médico; • usted recibe una receta médica de parte de su médico o de otro proveedor calificado. La cobertura se limita al audífono de menor costo que se ajuste a sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos al proveedor que suministrará los audífonos. Cubrimos un solo audífono, a menos que se necesite un audífono para cada oído para obtener resultados significativamente mejores de los que podría obtener con un solo audífono. Cubrimos lo siguiente: • moldes, suministros e insertos; • reparaciones; • un set inicial de baterías; • seis consultas para capacitación, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de recibir los audífonos; • alquiler de audífonos para un período de prueba; • dispositivos de audición de apoyo, dispositivos auditivos de conducción ósea de uso superficial; • audiología relacionada con los audífonos y servicios posteriores a la evaluación. Cubriremos un audífono de reemplazo si: • su pérdida de audición es tal que su audífono actual no es capaz de corregirla; • su audífono se perdió, se lo robaron o se rompió (y no se puede arreglar), y no ha sido culpa suya. Debe indicarnos cómo sucedió esto. La cobertura no incluye las baterías de reemplazo para audífonos.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que cumplen los siguientes criterios: • solicitan una prueba de detección del VIH; • tienen un riesgo elevado de contraer una infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección del VIH adicionales cuando lo recomienda su proveedor.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Atención de la agencia de salud domiciliaria Antes de que pueda obtener servicios de salud domiciliaria, un médico debe decirnos que los necesita y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención de salud domiciliaria. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme. Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no están mencionados aquí: • servicios de auxiliares de salud domiciliaria y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención de salud domiciliaria, estos servicios deben ser de menos de ocho horas al día y 35 horas a la semana); • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • servicios médicos y sociales; • suministros y equipo médico.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Nota:** No se aplica ningún costo compartido para los servicios de atención para la salud domiciliaria y los artículos provistos de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido correspondiente que se menciona en esta Tabla de beneficios médicos si el artículo tiene cobertura bajo otro beneficio; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención de salud domiciliaria.
	Terapia de infusión en el hogar† Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se brindan en el hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • el equipo, como una bomba; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 para servicios profesionales, capacitación y monitoreo **Nota:** Los componentes (tales como los medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos, según el artículo.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Terapia de infusión en el hogar† (continuación) • suministros, como un tubo o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención; • capacitación y educación para miembros que no se incluye en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusiones y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusiones en el hogar.	
	Ofrecemos cobertura para los suministros y los medicamentos de infusiones intravenosas en el hogar cuando se cumplen las siguientes condiciones: • El medicamento recetado se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • El medicamento recetado tiene nuestra aprobación para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red surtida en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.	$0 **Nota:** Si una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar no abastece un suministro o un medicamento de infusiones intravenosas cubierto, dicho suministro o medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos aplicables que se indican en otras partes de este documento, dependiendo del servicio.
	Atención de salud domiciliaria que no tiene cobertura de Medicare para los miembros de los planes North P16, P17, P19 y P23 (Advanced Care At Home) Cubrimos la atención médica en el hogar que no está cubierta por Medicare cuando un médico lo considere médicamente apropiado según su estado de salud, para brindarle otra opción aparte de recibir atención de problemas médicos agudos en un hospital y servicios de atención de problemas médicos agudos posteriores en el hogar para apoyar su recuperación. Los servicios en el hogar deben ser: • recetados por un médico de hospital de la red que haya determinado que, en función de su estado de salud, plan de tratamiento y entorno en el hogar, puede ser tratado de manera segura y eficaz en el hogar; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido. **North P16, P17, P19 y P23:** $0 **Sin cobertura para todos los demás miembros.**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de salud domiciliaria que no tiene cobertura de Medicare para los miembros de los planes North P16, P17, P19 y P23 (Advanced Care At Home) (continuación) • elegidos por usted porque prefiere recibir la atención que se describe en su plan de tratamiento en su hogar. Nuestro proveedor de la red proporcionará los siguientes servicios y artículos en su hogar de acuerdo con su plan de tratamiento durante el tiempo que los recete un médico de hospital de la red: • Consultas domiciliarias de enfermeras registradas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, terapeutas respiratorios, nutricionistas, auxiliares de salud a domicilio y otros profesionales de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento de atención domiciliaria y el alcance de la práctica y la licencia del proveedor. • Dispositivos de comunicación que le permitan comunicarse con el centro de comando de Advanced Care at Home las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye la tecnología de comunicación necesaria para respaldar una comunicación confiable y un dispositivo de alerta PERS para comunicarse con el centro de comando si no puede acceder a un teléfono. • El siguiente equipo necesario para garantizar un control adecuado en su domicilio: manguito/monitor de presión arterial, oxímetro de pulso, balanza y termómetro. • Imágenes diagnósticas móviles y pruebas como radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiogramas. • Los siguientes elementos de seguridad: taburetes de ducha, asientos de inodoro elevados, agarraderas, calzador de mango largo para zapatos y calcetines. • Hasta 21 comidas por semana mientras recibe atención de problemas médicos agudos en el hogar.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Además, para los servicios y artículos cubiertos por Medicare que se enumeran a continuación, el costo compartido indicado en otras partes de esta Tabla de beneficios médicos no se aplica cuando los servicios y artículos se recetan como parte de su plan de tratamiento en el hogar: • Equipo médico duradero. • Suministros medicos. • Transporte en ambulancia que no es de emergencia desde y hacia las instalaciones de la red cuando el transporte en ambulancia programado es necesario desde el punto de vista médico. • Consultas a domicilio o visitas al consultorio del asistente médico profesional y del profesional de enfermería avanzada. • Los siguientes servicios en un centro de la red si los servicios son parte de su plan de tratamiento en el hogar: o consultas al Departamento de Emergencias de la red asociadas con este beneficio; o consultas en consultorio de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla; o radiografías, análisis de laboratorio, ecografías y ECG. El costo compartido que se indica en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos se aplicará a todos los demás servicios y artículos que no formen parte de su plan de tratamiento en el hogar (por ejemplo, DME no relacionado con su plan de tratamiento en el hogar) o que sean parte de su plan de tratamiento en el hogar, pero no se proporcionen en su hogar excepto como se indica anteriormente. **Nota:** Para obtener información acerca del costo compartido de los medicamentos recetados, consulte la sección de medicamentos recetados de Medicare Parte B en esta tabla y el capítulo 6 para los medicamentos recetados de Medicare Parte D.	**North P16, P17, P19 y P23:** $0 **Sin cobertura para todos los demás miembros.**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidados paliativos Tiene derecho a elegir los cuidados paliativos si su proveedor y director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor, • atención de relevo a corto plazo, • atención en el hogar. Cuando lo ingresen en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. **Para servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios. Servicios de la Parte A o la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. • Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. **Para los servicios que cubre nuestro plan pero que no cubre Medicare Parte A ni Medicare Parte B:** • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Cubrimos los servicios ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted pagará el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidados paliativos (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D **de nuestro plan:** • Los medicamentos nunca tienen cobertura de un centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros.* **Nota:** Si tiene una enfermedad grave, quizás sea elegible para recibir cuidados paliativos, que es una atención en equipo, para el paciente y su familia, destinada a mejorar la calidad de vida. Puede recibir cuidados paliativos y cuidados curativos al mismo tiempo. Consulte la sección Cuidados Paliativos a continuación para obtener más información. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador de atención o a Servicio a los Miembros para que organice los servicios. Los cuidados que no son paliativos son cuidados que no se relacionan con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para un miembro con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
	Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía; • vacunas contra la gripe o influenza, una vez cada temporada de gripe o influenza en el otoño y el invierno, con inyecciones adicionales contra la gripe o influenza siempre que sean necesarias desde el punto de vista médico; • vacunas contra la hepatitis B si nunca recibió la serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra afección que le provoca un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • vacunas contra el COVID-19; • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH); • otras vacunas para pacientes en situación de riesgo que cumplan las reglas de cobertura de Medicare Parte B. Cubrimos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Consulte el **capítulo 6** de esta *Guía para miembros* para obtener más información.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención para pacientes hospitalizados Cubrimos los siguientes servicios, además de otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se incluyen aquí: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesaria desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios habituales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención (como los cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • (†Miembros del Norte de California) en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Los miembros del plan del Norte de California deben obtener la aprobación de nuestro plan para obtener estos servicios. • Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si cumple con los requisitos para recibir un trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplante locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, puede obtener servicios de trasplante a nivel local o fuera del patrón de atención de su comunidad. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por día del día 1 al 5 de hospitalización (el costo compartido se aplica a cada hospitalización), según el plan en el que esté inscrito: • South P1: **$400** • South P6: **$420** • South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$120** • North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460** A partir de ese momento, usted paga $0 por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no paga el copago mencionado anteriormente el día del alta hospitalaria, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día. †Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no está dentro de la red después de estabilizarse su condición de emergencia, el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona, de acuerdo con nuestras pautas de viaje y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros. • Muestras de sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). • Servicios médicos. **Nota:** Para ser considerado un paciente hospitalizado, el proveedor deberá expedir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, debe preguntarle al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es un paciente hospitalizado o externo? Si Tiene Medicare, ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en el sitio web, en es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Nota:** Si es admitido en un hospital en 2027 y no recibe el alta hasta 2028, el costo compartido de 2027 se aplica a dicha admisión hospitalaria hasta que reciba el alta del hospital o lo transfieran a un centro de enfermería especializada.
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Cubrimos los servicios de atención para la salud mental que requieren hospitalización. • Si tiene 65 años o más, cubrimos los servicios que reciba en una institución para enfermedades mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, usted paga lo siguiente por día del día 1 al 5 de hospitalización (el costo compartido se aplica a cada hospitalización), según el plan en el que esté inscrito: • South P1: **$400** • South P6: **$400** • South P7: **$400** • South P9: **$0** • South P10: **$400** • South P11: **$120**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)	• North P2: **$400** • North P16: **$400** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$400** • North P20: **$400** • North P21: **$400** • North P22: **$400** • North P23: **$400** • North P24: **$400** • North P25: **$400** A partir de ese momento, usted paga **$0** por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no debe pagar el copago mencionado anteriormente el día del alta hospitalaria, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día. **Nota:** Si es admitido en un hospital en 2027 y no recibe el alta hasta 2028, el costo compartido de 2027 se aplica a dicha admisión hospitalaria hasta que reciba el alta del hospital o lo transfieran a un centro de enfermería especializada.
	Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado† No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si la estadía no es razonable y necesaria desde el punto de vista médico. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención para pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicio a los Miembros. Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no están mencionados aquí: **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido. Si su hospitalización o estadía en un SNF ya no está cubierta, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B con el costo compartido aplicable que se indica en otras partes de esta Tabla de beneficios médicos cuando los proporcionen los proveedores de la red.

Servicio cubierto		Lo que usted paga

	Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado† (continuación)
	• servicios de un médico;
	• pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio);
	• radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico;
	• vendajes quirúrgicos;
	• férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones;
	• dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Son dispositivos que reemplazan total o parcialmente alguno de los siguientes:
	  ○ un órgano interno del cuerpo, lo que incluye los tejido colindantes;
	  ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal;
	• aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales. Incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en su afección;
	• fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	

	Servicios y suministros para enfermedad renal Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para que conozca el tema y tome buenas decisiones acerca de su atención. • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su tratamiento en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios y suministros para enfermedad renal (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros*, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible ni accesible temporalmente).	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde su cobertura total de Medi-Cal**, debe pagar un coseguro del **20%**.
	• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (siempre que ingrese como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial).	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
	Medicare Parte B paga algunos de los medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de Medicare Parte B” en esta tabla.	
	Prueba de detección del cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Nuestro plan cubre las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si cumple los siguientes criterios: • Tiene entre 50 y 80 años. • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado. • Ha fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer del pulmón o fuma actualmente o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después de la primera prueba de detección, nuestro plan cubre otra prueba de detección por año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige brindar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia nutricional médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También es para después de un trasplante de riñón con el pedido de su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica mediante Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico. A partir de ese momento, cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personalizado por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son necesarios desde el punto de vista médico. También cubrimos asesoramiento nutricional/dietético con un proveedor de la red que no esté relacionado con diabetes o enfermedad renal sin diálisis.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan cubre los servicios de MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a mejorar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en las siguientes cuestiones: • cambios nutricionales a largo plazo; • aumento de la actividad física; • estrategias para mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.	$0
Medicamentos de Medicare Parte B† Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra por su cuenta y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, como paciente externo del hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Medicamentos administrados de la Parte B** **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará el **coseguro** que se indica a continuación dependiendo del plan en el que esté inscrito por los

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Parte B† (continuación) • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico). • Otros medicamentos que tome mientras utiliza el equipo médico duradero (como los nebulizadores) y que hayan sido autorizados por nuestro plan. • El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (genérico lecanemab) que se administra por vía intravenosa (IV). Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales de detección antes o durante el tratamiento. Hable con su médico acerca de los exámenes y pruebas de detección que pueda necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyecte usted mismo si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplante o inmunosupresores: Medicare cubre la farmacoterapia para trasplante siempre que Medicare haya pagado su trasplante de órgano. Usted debe contar con la Parte A al momento de realizar el trasplante cubierto y con la Parte B cuando obtenga los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores en el caso de que la Parte B no los cubra. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Cubrimos estos medicamentos si está circunscrito al hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos siempre que un médico los prepare y una persona adecuadamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administre bajo la supervisión adecuada. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte de personal médico y los medicamentos se los administra un proveedor de la red: • South P1: **0%-20%** • South P6: **0%-20%** • South P7: **0%-20%** • South P9: **0%** • South P10: **0%-20%** • South P11: **0%** • North P2: **0%-20%** • North P16: **0%-20%** • North P17: **0%-20%** • North P18: **0%-20%** • North P19: **0%-20%** • North P20: **0%-20%** • North P21: **0%-20%** • North P22: **0%-20%** • North P23: **0%-20%** • North P24: **0%-20%** • North P25: **0%-20%** Llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un coseguro del **20%**. Para algunos medicamentos, puede ser menos del **20%** si se determina que esos medicamentos superan el monto de inflación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Parte B† (continuación) • Algunos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos anticancerígenos que tome por vía oral, si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al tomarlo, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. Es posible que la Parte B cubra los nuevos medicamentos orales anticancerígenos, a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico anticancerígeno, si se administran antes o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por Medicare Parte B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato según el sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina, siempre que sea necesario desde el punto de vista médico, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (tales como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en casa. • Nutrición parenteral y enteral (IV y sonda de alimentación). **Este beneficio continúa en la siguiente página**	**Medicamentos de la Parte B de una farmacia de la red** Usted paga lo siguiente por medicamentos de la Parte B en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cuando los obtiene en una farmacia de la red: • **$0** para medicamentos de infusión en el hogar (hasta un suministro de 100 días) y Epogen para diálisis en el hogar (hasta un suministro de 30 días). • **$0** para todos los demás medicamentos genéricos y de marca (hasta un suministro de 30 días).

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Medicamentos de Medicare Parte B† (continuación) También ofrecemos cobertura para algunas vacunas incluidas en Medicare Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos incluidas en el beneficio de medicamentos recetados de Medicare Parte D. **La información sobre los beneficios para medicamentos está en el capítulo 5** de esta *Guía para miembros*. Allí, se explican las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos recetados. **En el capítulo 6** de esta *Guía para miembros* se detalla lo que debe pagar por los medicamentos a través de nuestro plan.	
	Atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesaria desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos que se le indican como parte de su plan de atención. (Incluye las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Muestras de sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente se proporcionan en centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio que generalmente se proporcionan en los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se proporcionan en los centros de enfermería. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería (continuación) • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería. • Servicios de un médico o profesional médico. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas dentaduras postizas. • Beneficios para la vista. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. Por lo general, recibe atención en un centro que forma parte de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando ese lugar proporcione atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital.	
	Pruebas de detección de obesidad y terapia para mantener un peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento con el fin de ayudarle a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención médica primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención médica primaria para obtener más información.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de un OTP que incluye los siguientes servicios: • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos; • asesoramiento para casos de abuso de sustancias; • terapia individual y grupal; • pruebas para identificar drogas o químicos en su cuerpo (examen de toxicología); • actividades de consume; • evaluaciones periódicas.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará el **coseguro** que se indica a continuación dependiendo del plan en el que esté inscrito por los medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente cuando los proporciona un programa de tratamiento de opioides: • South P1: **0%-20%** • South P6: **0%-20%** • South P7: **0%-20%** • South P9: **0%** • South P10: **0%-20%** • South P11: **0%** • North P2: **0%-20%** • North P16: **0%-20%** • North P17: **0%-20%** • North P18: **0%-20%** • North P19: **0%-20%** • North P20: **0%-20%** • North P21: **0%-20%** • North P22: **0%-20%** • North P23: **0%-20%** • North P24: **0%-20%** • North P25: **0%-20%** Para algunos medicamentos, puede ser menos del **20%** si se determina que esos medicamentos superan el monto de inflación.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de diagnóstico para pacientes externos, servicios y suministros terapéuticos Cubrimos los siguientes servicios, además de otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que no se incluyen aquí: • radiografías; • ultrasonidos;	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$50** • North P25: **$0**
	• pruebas de laboratorio; • muestras de sangre (incluidos el almacenamiento y la administración); • radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico; • †suministros quirúrgicos, como vendajes; • †férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de diagnóstico para pacientes externos, servicios y suministros terapéuticos (continuación) • pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una condición médica.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por procedimiento para imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET), dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$375** • South P6: **$375** • South P7: **$375** • South P9: **$50** • South P10: **$375** • South P11: **$375** • North P2: **$375** • North P16: **$375** • North P17: **$375** • North P18: **$375** • North P19: **$375** • North P20: **$375** • North P21: **$375** • North P22: **$375** • North P23: **$375** • North P24: **$365** • North P25: **$375**
	• Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes externos de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante los cuales un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, cubrimos lo siguiente por procedimiento, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$400** • South P6: **$420**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de diagnóstico para pacientes externos, servicios y suministros terapéuticos (continuación)	• South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$0** • North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460**
	• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Observación hospitalaria para pacientes externos Pagamos los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos con el fin de determinar si usted debe ingresar como paciente interno o si puede recibir el alta hospitalaria. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura únicamente cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente externo y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por hospitalización cuando lo admitan directamente para observación como paciente externo, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$115** • South P6: **$115** • South P7: **$115** • South P9: **$0** • South P10: **$115** • South P11: **$115** • North P2: **$115** • North P16: **$115** • North P17: **$115**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare) disponible en es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	• North P18: **$115** • North P19: **$115** • North P20: **$115** • North P21: **$115** • North P22: **$115** • North P23: **$115** • North P24: **$115** • North P25: **$115** **Nota:** No hay cargos adicionales para las hospitalizaciones de observación de pacientes externos cuando los transfieran a observación desde un departamento de emergencias o tras una cirugía ambulatoria.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos Pagamos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión, como los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, tales como los servicios de observación o cirugía ambulatoria. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	**Departamento de emergencias** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$115** • South P6: **$115** • South P7: **$115** • South P9: **$0** • South P10: **$115** • South P11: **$115** • North P2: **$115** • North P16: **$115** • North P17: **$115** • North P18: **$115** • North P19: **$115** • North P20: **$115** • North P21: **$115**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• North P22: **$115** • North P23: **$115** • North P24: **$115** • North P25: **$115** **Cirugía para pacientes externos** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, cubrimos lo siguiente por procedimiento, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$400** • South P6: **$420** • South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$0** • North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460**
	• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que facture el hospital. • Cuidado de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre que un médico certifique que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado. • †Suministros médicos, como férulas y yesos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido. $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará el **coseguro** que se indica a continuación dependiendo del plan en el que esté inscrito por los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte de personal médico y los medicamentos se los administra un proveedor de la red: • South P1: **0%-20%** • South P6: **0%-20%** • South P7: **0%-20%** • South P9: **0%** • South P10: **0%-20%** • South P11: **0%** • North P2: **0%-20%** • North P16: **0%-20%** • North P17: **0%-20%** • North P18: **0%-20%** • North P19: **0%-20%** • North P20: **0%-20%** • North P21: **0%-20%** • North P22: **0%-20%** • North P23: **0%-20%** • North P24: **0%-20%** • North P25: **0%-20%** Llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un coseguro del **20%**. Para algunos medicamentos, puede ser menos del **20%** si se determina que esos medicamentos superan el monto de inflación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología que facture el hospital. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Radiografías y ecografías** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$50** • North P25: **$0** **Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (TC), y tomografía por emisión de positrones (PET)** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, cubrimos lo siguiente por procedimiento, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$375** • South P6: **$375** • South P7: **$375**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• South P9: **$50** • South P10: **$375** • South P11: **$375** • North P2: **$375** • North P16: **$375** • North P17: **$375** • North P18: **$375** • North P19: **$375** • North P20: **$375** • North P21: **$375** • North P22: **$375** • North P23: **$375** • North P24: **$365** • North P25: **$375**
	• †Para los procedimientos dentales en un centro de la red, proporcionamos anestesia general y los servicios del centro de atención asociados a la anestesia, siempre que se cumpla con lo siguiente: o Tiene una discapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida. o Debido su estado de salud o condición médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía para pacientes externos. o En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general. No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, tal como los servicios del dentista, a menos que estén cubiertos por Medi-Cal Dental (consulte “Servicios dentales” en esta Tabla de beneficios).	$0 **Si pierde su cobertura completa de Medi-Cal**, consulte la sección “Cirugía para pacientes externos” que figura al principio de esta sección para conocer los costos compartidos de los centros de atención hospitalaria para pacientes externos.
	Cuidado de salud mental para pacientes externos Cubrimos los servicios de salud mental proporcionados por los siguientes: • un médico o psiquiatra con licencia estatal, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico (CSW), **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidado de salud mental para pacientes externos (continuación) • un enfermero clínico (CNS), • un asesor profesional con licencia (LPC), • un terapeuta de matrimonio y familia con licencia (LMFT), • un profesional de enfermería avanzada (NP), • un asistente médico profesional (PA), • cualquier otro profesional de atención de la salud mental calificado de Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no están mencionados aquí: • servicios clínicos, • tratamiento diurno, • servicios de rehabilitación psicosocial, • programas intensivos para pacientes externos u hospitalización parcial, • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal, • prueba psicológica cuando se indica clínicamente para evaluar un resultado de salud mental, • servicios externos para el seguimiento del tratamiento con medicamentos, • pruebas de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes externos, • consulta psiquiátrica.	
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios† Cubrimos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes externos de departamentos para pacientes externos del hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), además de otros centros. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: **Consultas de terapia individual** • South P1: **$0** • South P6: **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios† (continuación) También cubrimos lo siguiente: • Fisioterapia para prevenir caídas para adultos que están en riesgo de sufrir caídas cuando la solicita un médico. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	• South P7: **$20** • South P9: **$0** • South P10: **$20** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$35** • North P25: **$0** **Consultas de terapia de grupo** • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$10** • South P9: **$0** • South P10: **$10** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$17** • North P25: **$0**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios† (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida a través de un programa organizado de rehabilitación interdisciplinario de tratamiento diurno.	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por día, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$20** • South P9: **$0** • South P10: **$20** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$35** • North P25: **$0**
	Tratamiento externo para el trastorno por abuso de sustancias Pagamos los siguientes servicios y posiblemente otros servicios que no están mencionados aquí: • evaluación de consumo indebido de alcohol y asesoramiento, • tratamiento para el abuso de sustancias, • asesoramiento grupal o individual con un profesional clínico de salud calificado, • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones, • servicios para el consumo de alcohol o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes externos, • tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (Vivitrol).	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos Cubrimos cirugía para pacientes externos y servicios proporcionados en centros para pacientes externos del hospital y en centros quirúrgicos externos. **Nota:** Si se va a someter a alguna cirugía en un centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o externo. A menos que el proveedor le escriba una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente externo. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se lo considere un paciente externo. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	**Visitas al consultorio del profesional de la salud** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0** **Cirugías y otros procedimientos para pacientes externos** $0 **Si pierde la cobertura de Medi-Cal de alcance completo**, pagará los siguientes importes por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, cuando el procedimiento se realice en un centro para pacientes externos o de cirugía ambulatoria, en el quirófano

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cirugía para pacientes externos (continuación)	de un hospital o en cualquier otro lugar, y siempre que un miembro autorizado del personal controle sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducirla o minimizar las molestias: • South P1: **$400** • South P6: **$420** • South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$0** • North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460**
	Artículos de venta libre (OTC) Recibirá una tarjeta precargada de beneficios de salud adicionales con el límite de beneficios trimestral a la derecha para comprar artículos de venta libre en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente. La tarjeta se recargará el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. Cualquier parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al trimestre siguiente. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Usted paga $0 hasta la asignación trimestral de su plan: • South P1: **$75** • South P6: **$100** • South P7: **$150** • South P9: **$170** • South P10: **$125** • South P11: **$150** • North P2: **$50** • North P16: **$75** • North P17: **$75** • North P18: **$75**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) (continuación) El costo de los artículos de venta libre elegibles se cubrirá hasta el saldo disponible en su tarjeta. Si queda un importe restante por pagar, deberá utilizar otra forma de pago. Las tarifas y los requisitos de compra mínima varían según la tienda minorista. Revise los detalles sobre las tarifas en la página de pago antes de realizar un pedido en línea. Se le solicitará que ingrese otra forma de pago para cubrir las propinas o las tarifas. Para activar su tarjeta de beneficios de salud adicionales, llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 5:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), y proporcione su número de tarjeta y número de identificación de membresía. Si ya tiene una tarjeta de beneficios de salud adicionales, no recibirá una nueva. El beneficio estará disponible en su tarjeta actual, por lo que debe conservarla. Para crear su cuenta en línea, ver una lista de artículos elegibles de venta libre, encontrar tiendas participantes, consultar su saldo y el historial de transacciones, comprar en línea o reemplazar una tarjeta perdida o robada, visite mybenefitscenter.com o llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), de 5 a. m. a 5 p. m, PST. También puede visitar mybenefitscenter.com y descargar la aplicación móvil OTC Network para encontrar minoristas participantes, localizar artículos elegibles, revisar su historial de transacciones y verificar el saldo de su tarjeta. También puede usar la aplicación móvil de OTC en las tiendas para escanear artículos y determinar su elegibilidad mientras realiza sus compras, así como para consultar su saldo antes de pagar. Los miembros pueden descargar la aplicación móvil de OTC Network directamente desde iTunes App Store o GooglePlay. Busque “OTC Network” para descargar la aplicación. Nota: Cualquier monto no utilizado se perderá tras la cancelación de la afiliación a nuestro plan.	• North P19: **$75** • North P20: **$75** • North P21: **$75** • North P22: **$75** • North P23: **$75** • North P24: **$75** • North P25: **$75** **Solo para miembros del Sur de California:** si califica para los beneficios de SSBCI descritos en los beneficios suplementarios especiales para la fila Enfermedades crónicas de esta Tabla de beneficios, es posible que pueda utilizar su asignación trimestral de OTC para comprar alimentos saludables.
	Es posible que tenga cobertura adicional para algunos artículos de OTC cubiertos bajo el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, llame al 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. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos de venta libre (OTC) para sustituir la nicotina Cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para venta libre. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Le proporcionaremos un suministro de hasta 100 días dos veces durante el año calendario.	$0
	Cuidados paliativos Los cuidados paliativos están cubiertos por nuestro plan. Los cuidados paliativos son para personas con enfermedad grave. Brinda atención orientada en el paciente y su familia con el propósito de mejorar la calidad de vida y anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no son un centro para enfermos terminales, por lo tanto, no es necesario que tenga una esperanza de vida menor a seis meses para calificar y recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se brindan al mismo tiempo que la atención curativa y habitual. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • planificación anticipada de la atención médica; • asesoramiento y evaluación de cuidados paliativos; • un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos la salud mental y los servicios médico-sociales; • servicios de su equipo de atención designado; • coordinación de la atención; • control del dolor y de los síntomas. Es posible que no reciba cuidados para enfermos terminales y cuidados paliativos al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados para pacientes terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio externo en un hospital o en un centro de salud mental comunitario y es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar tener que quedarse en el hospital. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) proporcionado como un servicio externo de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural y que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Servicios de un médico o un proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico Pagamos por los siguientes servicios: • servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico que se brindan en lugares tales como los siguientes: o consultorio del médico, o centro quirúrgico certificado para pacientes externos, o departamento de pacientes externos del hospital. o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención médica primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido para recibir atención especializada. **Telesalud** $0 **Visitas al consultorio del profesional de la salud** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de un proveedor o un médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Ciertos servicios de telesalud, entre los que se incluyen atención primaria y de especialidad, como servicios para pacientes hospitalizados, servicios en un centro de enfermería especializada, servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de emergencia, servicios de urgencia, hospitalización parcial, servicios de salud domiciliaria, servicios de terapia ocupacional, salud mental, podología, servicios psiquiátricos, servicios de fisioterapia y patologías del lenguaje y el habla, servicios del programa de tratamiento de opioides, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de diálisis, servicios nutricionales o dietéticos, educación para la salud, servicios de educación sobre enfermedades renales, capacitación para el automanejo de la diabetes, y pruebas de audición, preparación para cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, cirugía o visita al departamento de emergencias. Los servicios solo se proporcionarán por medio de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere apropiado desde el punto de vista clínico. ○ Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: ○ Consultas por video interactivas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ○ Consultas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	• South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0** **Cirugías y otros procedimientos para pacientes externos** $0 **Si pierde la cobertura de Medi-Cal de alcance completo**, pagará los siguientes importes por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, cuando el procedimiento se realice en un centro para pacientes externos o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar, y siempre que un miembro autorizado del personal controle sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducirla o minimizar las molestias: • South P1: **$400** • South P6: **$420** • South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$0**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de un proveedor o un médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) para miembros con diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un ataque cerebral. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud que cumplen con los requisitos federales. • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconsulta) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**: o usted no es un paciente nuevo; o la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio realizada en los últimos siete días; o la evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la consulta más próxima disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: o usted no es un paciente nuevo; o la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días; o la evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas ni a la cita más próxima disponible. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	• North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de un proveedor o un médico, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o mediante la historia clínica electrónica, si usted no es un paciente nuevo. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Consultas a domicilio por un médico de la red (o un proveedor de la red que sea un enfermero titulado) dentro de nuestra área de servicio, cuando un proveedor de la red determine que la atención se puede brindar mejor en su hogar. • Tratamientos con luz ultravioleta. **Telesalud con su cobertura de Medi-Cal:** la telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor. O puede implicar compartir información con su proveedor sin que se realice una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de la telesalud. Sin embargo, es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles a través de la telesalud. Es importante que tanto usted como su proveedor estén de acuerdo en que el uso de la telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted. Tiene derecho a recibir servicios en persona y no está obligado a usar la telesalud, incluso si su proveedor está de acuerdo con que es adecuado para usted.	
	Servicios de podología Pagamos por los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolones calcáneos); • cuidado rutinario de los pies para los miembros con afecciones que afectan las piernas, tal como la diabetes. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Visitas al consultorio del profesional de la salud** $0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología (continuación) Bajo su cobertura de Medi-Cal, cubrimos los servicios de podología que sean médicamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que se insertan en el pie, así como el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	**Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por **consulta de atención especializada**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0** **Cirugías y otros procedimientos para pacientes externos** $0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de podología (continuación)	**Si pierde la cobertura de Medi-Cal de alcance completo**, pagará los siguientes importes por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, cuando el procedimiento se realice en un centro para pacientes externos o de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar, y siempre que un miembro autorizado del personal controle sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducirla o minimizar las molestias: • South P1: **$400** • South P6: **$420** • South P7: **$440** • South P9: **$0** • South P10: **$490** • South P11: **$0** • North P2: **$470** • North P16: **$480** • North P17: **$400** • North P18: **$400** • North P19: **$490** • North P20: **$450** • North P21: **$480** • North P22: **$490** • North P23: **$480** • North P24: **$455** • North P25: **$460**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, ofrecemos cobertura para los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, entre los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes: • medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), incluida la tarifa por la administración de la inyección, si corresponde; • hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses; • hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses; • una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	$0
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, cubrimos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital, • una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA).	$0
Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados† Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una función o una parte del cuerpo. Aparatos ortopédicos necesarios para sostener o corregir la función de una parte del cuerpo. Esto incluye, entre otras, las siguientes opciones: • pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, deberá pagar el siguiente **coseguro** por los dispositivos y suministros protésicos u ortóticos externos (incluidos los suministros para el cuidado de las heridas) y por las botas quirúrgicas, cuando se le proporcionen durante una consulta ambulatoria,

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados† (continuación) • bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de colostomía; • nutrición enteral y parenteral, incluidos los kits de suministros para alimentación, las bombas de infusión, los tubos y adaptadores, las soluciones y los suministros para inyecciones autoadministradas; • marcapasos; • aparatos ortopédicos; • zapatos protésicos; • brazos y piernas artificiales; • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía); • prótesis para reemplazar parcial o totalmente una parte externa de la cara que se extirpó o que tuvo una deficiencia como consecuencia de una enfermedad, una lesión o un defecto congénito; • crema para incontinencia y pañales. Pagamos algunos suministros relacionados con aparatos protésicos y ortopédicos. También pagamos para reparar o reemplazar aparatos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de la cirugía de cataratas. Consulte la sección “Atención de la vista” más adelante en esta tabla para obtener más información. Además, cubrimos los siguientes artículos que Medicare no cubre: • ciertas botas quirúrgicas después de una cirugía cuando se proporcionan durante una consulta para pacientes externos; • dispositivo de erección por vacío para la disfunción sexual; • ciertos selladores para la piel, protectores, cremas humectantes, ungüentos que son médicamente necesarios para el cuidado de las heridas. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	dependiendo del plan en el que esté inscrito. • South P1: **20%** • South P6: **20%** • South P7: **20%** • South P9: **0%** • South P10: **20%** • South P11: **20%** • North P2: **20%** • North P16: **20%** • North P17: **20%** • North P18: **20%** • North P19: **20%** • North P20: **20%** • North P21: **20%** • North P22: **20%** • North P23: **20%** • North P24: **20%** • North P25: **20%** **$0** por dispositivos internos implantados quirúrgicamente.

	Servicio cubierto	Lo que usted paga
	Dispositivos protésicos y ortóticos, y suministros relacionados† (continuación) Bajo su cobertura de Medi-Cal, cubrimos los dispositivos protésicos y ortóticos si se cumplen todas las siguientes condiciones: • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para prótesis). • El artículo se le recetó. • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para sostener una parte del cuerpo (solo para aparatos ortopédicos). • El artículo es necesario desde el punto de vista médico para que usted realice las actividades de la vida diaria. • El artículo es adecuado para su condición médica general. • El artículo está cubierto por Medi-Cal. • El artículo se debe aprobar previamente para usted. Esto incluye dispositivos auditivos implantados, prótesis mamarias o sostenes para mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis destinadas a restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o bien a brindar soporte a una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al equipo de menor costo que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros seleccionamos el proveedor.	
	Servicios de rehabilitación pulmonar Cubrimos los programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con una orden para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Ofrecemos cobertura para una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Tiene un mayor riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que tiene un mayor riesgo, cubrimos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un mayor riesgo (por ejemplo, continuó consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), ofrecemos cobertura para las pruebas de detección anuales.	$0
	Servicios confidenciales Además de los servicios descritos en “Servicios de planificación familiar” y “Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)” en esta Tabla de beneficios, también cubrimos servicios confidenciales, como atención por agresión sexual, asesoramiento y pruebas de embarazo, y servicios externos de aborto. Para las pruebas de embarazo, los servicios de planificación familiar, los servicios de anticoncepción o los servicios de infecciones de transmisión sexual, no es necesario que el médico o la clínica formen parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir allí sin ningún referido y sin tener autorización previa. Si desea recibir ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros. Es posible que no se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red que no se relacionen con los servicios confidenciales. Para recibir ayuda y encontrar un médico o una clínica que ofrezca esos servicios, o para recibir ayuda en cuanto al transporte para acudir a los servicios, puede llamar a Servicio a los Miembros. También puede llamar a la Línea de Citas y Consejos para hablar con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Asesoramiento y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) Cubrimos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las personas embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Se requiere que un proveedor de atención médica primaria solicite las pruebas. Ofrecemos cobertura para estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. Además, cubrimos hasta dos sesiones cara a cara de asesoramiento conductual de alta intensidad al año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención médica primaria. Las sesiones se deben realizar en un centro de atención primaria, tal como el consultorio de un médico.	$0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) Para leer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el **capítulo 12.** Cubrimos los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí (no se requiere hospitalización previa): • una habitación semiprivada o una habitación privada, si es médicamente necesario; • comidas, incluidas las dietas especiales; • servicios de enfermería especializada; • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre; • muestras de sangre (incluidos el almacenamiento y la administración); **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. Brindamos cobertura de hasta 100 días por período de beneficios. **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por período de beneficios: • **$0** los días 1 a 20. • **$221** los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa a un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no estuvo hospitalizado en ningún SNF

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF; • análisis de laboratorio realizados por los SNF; • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería; • aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería; • servicios de médicos o proveedores. Por lo general, recibe atención en un SNF que forma parte de la red. Bajo ciertas condiciones, es posible que pueda obtener atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione atención en un centro de enfermería); • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital.	durante 60 días calendario consecutivos.
	Tratamiento para dejar de fumar y consumir tabaco El asesoramiento con el fin de dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento. Cubrimos dos intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con hasta ocho sesiones por año).	$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: solo para miembros del Sur de California**	**Miembros del Sur de California:**
	El beneficio de alimentos saludables es un beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas disponible para todos los miembros del Sur de California que cumplan con los criterios. Los miembros elegibles que padezcan determinadas condiciones crónicas y cumplan con criterios específicos podrán usar la asignación trimestral para productos de venta libre (OTC) a fin de comprar alimentos aprobados, como productos agrícolas, tanto en línea como en tiendas minoristas participantes. La lista de alimentos aprobados está sujeta a cambios. La tarjeta se recargará el 1 de enero, el 1 de abril, el 1 de julio y el 1 de octubre. Cualquier parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al trimestre siguiente. El costo de los productos alimenticios elegibles se cubrirá hasta el monto del saldo disponible en su tarjeta. Si queda un importe restante por pagar, deberá utilizar otra forma de pago. Las tarifas y los requisitos de compra mínima varían según la tienda minorista. Revise los detalles sobre las tarifas en la página de pago antes de realizar un pedido en línea. Se le solicitará que ingrese otra forma de pago para cubrir las propinas, las tarifas o los artículos sin cobertura. Este beneficio solo estará disponible para los miembros del Sur de California identificados con el plan que cumplan con los criterios de elegibilidad para beneficios y que tengan las siguientes afecciones: • trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por abuso de sustancias (substance use disorder, SUD); • enfermedades autoinmunes; • cáncer; • enfermedades cardiovasculares; • insuficiencia cardiaca crónica; • demencia; • diabetes mellitus; • sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; • enfermedad gastrointestinal crónica; • enfermedad renal crónica (ERC); **Este beneficio continúa en la siguiente página**	Si califica para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), puede usar la asignación trimestral de OTC, que se describe en la fila “Medicamentos de venta libre (OTC)” de esta Tabla de beneficios, a fin de comprar también alimentos saludables. Puede decidir cómo usar la asignación de su tarjeta de beneficios de salud adicionales entre artículos de OTC y alimentos saludables. **No está cubierto para los miembros del Norte de California.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: solo para miembros del Sur de California (continuación) • enfermedades hematológicas graves; • VIH/SIDA; • trastornos pulmonares crónicos; • trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes; • trastornos neurológicos; • ataque cerebral; • atención posterior a un trasplante de órganos; • trastornos de inmunosupresión e inmunodeficiencia; • afecciones asociadas con la disfunción cognitiva; • afecciones que implican desafíos funcionales y requieren servicios similares; • condiciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; • afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su capacidad funcional. **Cómo usar la tarjeta de beneficios de salud adicionales** Para activar su tarjeta, llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 5 a. m. a 5 p. m., hora del Pacífico (PST), y proporcione su número de tarjeta y número de identificación de membresía. Una vez que active su tarjeta, puede comenzar a usarla para acceder a su asignación y comprar artículos aprobados en tiendas minoristas participantes y tiendas en línea. Si ya tiene una tarjeta de beneficios de salud adicionales, no recibirá una nueva. El beneficio estará disponible en su tarjeta actual, por lo que debe conservarla. Para configurar su cuenta en línea, solicitar un catálogo, consultar una lista de artículos elegibles, encontrar tiendas participantes, solicitar un reembolso, consultar su saldo y el historial de transacciones, comprar en línea, enviar una solicitud de reembolso o reemplazar una tarjeta perdida o robada, visite mybenefitscenter.com o llame al 1-833-524-7035 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 5 a. m. a 5 p. m., PST. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: solo para miembros del Sur de California (continuación) Si tiene algún problema al usar la tarjeta para comprar un artículo elegible en una tienda minorista participante, puede completar la transacción con otra forma de pago y enviar una solicitud de reembolso, para lo cual deberá presentar una copia de su recibo detallado. Las solicitudes de reembolso están sujetas a un proceso de determinación y deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de compra que figura en el comprobante de pago o recibo. También puede visitar mybenefitscenter.com y descargar la aplicación móvil OTC Network para encontrar minoristas participantes de alimentos saludables y OTC, localizar artículos elegibles, revisar su historial de transacciones y verificar el saldo de su tarjeta. También puede usar la aplicación móvil de OTC en las tiendas para escanear artículos y determinar su elegibilidad mientras realiza sus compras, así como para consultar su saldo antes de pagar. Los miembros pueden descargar la aplicación móvil de OTC Network directamente desde iTunes App Store o GooglePlay. Busque “OTC Network” para descargar la aplicación. Nota: Cualquier monto no utilizado se perderá tras la cancelación de la afiliación a nuestro plan. ** El beneficio de alimentos saludables forma parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para ser elegibles, los miembros deben tener condiciones crónicas específicas, como diabetes, obesidad, trastornos cardiovasculares, osteoartritis o enfermedad renal crónica. También puede calificar para este beneficio si tiene otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse únicamente por su condición. Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad aplicables para recibir el beneficio. Para obtener más información, comuníquese con nosotros.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Terapia supervisada de ejercicio (SET) Cubrimos la terapia supervisada de ejercicio (supervised exercise therapy, SET) para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y tienen un referido por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Nuestro plan cubre lo siguiente: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos de la SET; • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe cumplir con los siguientes criterios: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación); • llevarse a cabo en un entorno externo hospitalario o en el consultorio de un médico; • ser proporcionado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD; • realizarse bajo supervisión directa de un médico, asistente médico (physician assistant, PA) o enfermero con práctica médica (nurse practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Transporte: transporte médico que no es de emergencia **Cobertura de Medicare**: cuando lo solicite un proveedor de la red, cubrimos el transporte médico que no sea de emergencia y que sea médicamente necesario en una camioneta autorizada para camillas o para sillas de ruedas hacia el hogar (que debe encontrarse a una distancia máxima de 100 millas), un centro de enfermería especializada o para un traslado a otro nivel de atención más alto inmediatamente después de lo siguiente: • una hospitalización como paciente interno; • determinadas consultas de emergencia, atención de urgencia o atención hospitalaria ambulatoria. **Cobertura de Medi-Cal:** este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por nuestro plan y por Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico en ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, y coordinación con paratránsito. Los medios de transporte se autorizan cuando ocurre lo siguiente: • Su proveedor médico determina que su afección física o médica no le permite viajar en autobús, automóvil particular, taxi u otro medio de transporte público o privado. • Se requiere autorización previa y debe llamar a su plan para coordinar el traslado. Para obtener información sobre cómo solicitar transporte médico que no sea de emergencia, consulte el **capítulo 3**.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido para el transporte médico cubierto por Medi-Cal.
	Transporte: transporte no médico† Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajero, taxi u otras formas de transporte público o privado. Se requiere transporte con el propósito de obtener la atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluido el traslado a citas dentales y para recoger medicamentos recetados. También se cubre el transporte para servicios cubiertos tanto por Medi-Cal como por Medicare. Para obtener información sobre cómo solicitar transporte no médico, consulte el **capítulo 3**.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de urgencia La atención de urgencia es aquella que se brinda para tratar lo siguiente: • una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata**;** • una enfermedad imprevista**;** • una lesión**;** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda o no sea razonable obtener los servicios de un proveedor de la red por razones de tiempo, lugar o circunstancias (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita recibir inmediatamente servicios necesarios a criterio médico por una afección imprevista que no se trata de una emergencia médica). Tiene cobertura para atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata por una enfermedad o lesión imprevista, y razonablemente consideró que su salud se deterioraría de manera grave si retrasaba el tratamiento hasta regresar a nuestra área de servicio.	**Visitas al consultorio** $0 **Consultas en el Departamento de Emergencias** $0 **Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente por consulta, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$115** • South P6: **$115** • South P7: **$115** • South P9: **$0** • South P10: **$115** • South P11: **$115** • North P2: **$115** • North P16: **$115** • North P17: **$115** • North P18: **$115** • North P19: **$115** • North P20: **$115** • North P21: **$115** • North P22: **$115** • North P23: **$115** • North P24: **$115** • North P25: **$115**
	Cuidado de la vista Pagamos por los siguientes servicios: • un examen de los ojos de rutina cada año.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido para un oftalmólogo.
	Cubrimos los servicios médicos externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido para un oftalmólogo.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidado de la vista (continuación)	**Si pierde la cobertura completa de Medi-Cal**, pagará lo siguiente **por consulta con un oftalmólogo**, dependiendo del plan en el que esté inscrito: • South P1: **$0** • South P6: **$0** • South P7: **$0** • South P9: **$0** • South P10: **$0** • South P11: **$0** • North P2: **$0** • North P16: **$0** • North P17: **$0** • North P18: **$0** • North P19: **$0** • North P20: **$0** • North P21: **$0** • North P22: **$0** • North P23: **$0** • North P24: **$5** • North P25: **$0**
	Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con riesgo alto de tener glaucoma, se encuentran las siguientes: • personas con antecedentes familiares de glaucoma; • personas con diabetes; • personas afroamericanas de 50 años o más; • personas hispanoamericanas de 65 años o más. Para las personas con diabetes, cubrimos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.	$0 Los miembros del Sur de California deben comunicarse con su proveedor y solicitar un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Artículos para la visión después de una cirugía de cataratas: cubrimos lo siguiente: • Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que el médico inserta un cristalino intraocular. • Si tiene dos cirugías de cataratas distintas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. • Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una extirpación de cataratas sin implante de cristalino.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. **Nota:** Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que cubre Medicare, deberá pagar la diferencia.
	Lentes y lentes de contacto: una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación para que pueda comprar artículos para la visión en un centro óptico del plan, cuando un médico o un optometrista le recete lentes o lentes de contacto para corregir la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: • cristales de los anteojos, cuando un proveedor de la red los coloca en un armazón; • armazón de anteojos cuando un proveedor de la red pone dos lentes (al menos uno de los cuales debe tener un valor de refracción) en el armazón; • lentes de contacto, adaptación y entrega. No proporcionaremos la asignación si ya proporcionamos una asignación para lentes o armazones (o si estos ya fueron cubiertos de otra manera) en los 12 meses anteriores. La asignación solo se puede usar en el punto de venta inicial. Si no usa toda la asignación en el punto de venta original, no podrá usarla después.	Hable con su proveedor y obtenga un referido. Usted paga $0 hasta la asignación de su plan: • South P1: **$350** • South P6: **$400** • South P7: **$500** • South P9: **$500** • South P10: **$500** • South P11: **$500** • North P2: **$350** • North P16: **$350** • North P17: **$350** • North P18: **$350** • North P19: **$350** • North P20: **$350** • North P21: **$350** • North P22: **$350** • North P23: **$350** • North P24: **$350** • North P25: **$350** Si el artículo para la visión que compra cuesta más que la asignación de su plan, **deberá pagar la diferencia.**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Lentes de reemplazo: si tiene un cambio en la graduación de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de unos lentes para anteojos o lentes de contacto para los cuales proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (lentes para anteojos o lentes de contacto, adaptación y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación para uno de estos lentes de reemplazo es de **$30** para un lente de anteojos monofocal o para un lente de contacto (incluidas la adaptación y la entrega), y de **$45** para un lente de anteojos multifocal o lenticular.	Hable con su proveedor y obtenga un referido. Si el lente que compra cuesta más que la asignación de **$30** para un lente de anteojos monofocal o de **$45** para un lente de anteojos multifocal o lenticular, **deberá pagar el monto que exceda su asignación.**
	Lentes de contacto especiales: cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un médico de la red o un proveedor de la red que sea optometrista: • Cubrimos hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios, incluidas la adaptación y la entrega, por ojo cada 12 meses para tratar la aniridia (ausencia del iris). • Si los lentes de contacto (además de los lentes de contacto para la aniridia) aportarán una mejoría significativa de su visión que no pueden proporcionar los lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses. • Sin embargo, no cubriremos ningún lente de contacto si proporcionamos una asignación (u ofrecimos otra cobertura) para un par de lentes de contacto en los 12 meses anteriores, pero sin incluir los lentes de contacto para la aniridia.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Lentes de anteojos con su cobertura de Medi-Cal: anteojos completos (armazón y cristales): Medi-Cal cubre un par completo de anteojos cada 24 meses con una receta válida de al menos 0.75 dioptrías. **Lentes para anteojos:** ordenaremos anteojos nuevos o de reemplazo para usted al proveedor de lentes para anteojos del DHCS. Si el proveedor del DHCS no puede proporcionarle los lentes que necesita, haremos los arreglos para que sus lentes se puedan hacer en otro laboratorio óptico. No tendrá que pagar más si hacemos arreglos porque el proveedor del DHCS no puede hacer sus lentes para anteojos. Si desea lentes para anteojos o características que no están cubiertas por Medi-Cal, entonces es posible que deba pagar un costo adicional por esas mejoras. **Armazones de anteojos:** cubrimos armazones nuevos o de reemplazo que cuestan **$80** o menos. Si elige armazones que cuestan más de **$80**, deberá pagar la diferencia que exista entre el costo de los armazones y los **$80**. **Anteojos de repuesto en un plazo de 24 meses:** cubrimos los anteojos de repuesto si tiene un cambio de al menos 0.50 dioptrías en la receta médica o si se le pierden, le roban o rompen (y no se pueden arreglar) los anteojos y no fue su culpa. Debe entregarnos una nota en la que indique cómo se perdieron los anteojos, cómo se los robaron o cómo se rompieron. Los armazones de reemplazo serán del mismo estilo que sus anteriores armazones (hasta **$80**) si pasaron menos de 24 meses desde que obtuvo sus anteojos. **Este beneficio continúa en la siguiente página**	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido. Si desea lentes para anteojos o características que no están cubiertas por Medi-Cal, entonces **es posible que tenga que pagar más por esas mejoras.**

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cuidado de la vista (continuación) **Dispositivos para baja visión:** también cubrimos dispositivos para baja visión a través de Medi-Cal cuando se cumplen las siguientes condiciones: • La agudeza visual mejor corregida es de 20/60 o peor en el ojo con mejor visión, o existe una restricción del campo visual en cualquiera de los ojos a 10 grados o menos desde el punto de fijación. • La afección que causa la visión subnormal es crónica y no puede remediarse por medios médicos o quirúrgicos. • La afección física y mental del beneficiario es tal que existe una expectativa razonable de que la ayuda se utilizará para mejorar la funcionalidad diaria del beneficiario. La cobertura se limita al dispositivo de menor costo que satisfaga las necesidades del miembro. La cobertura de Medi-Cal no incluye dispositivos de magnificación electrónica ni dispositivos que no incluyan lentes para usar con los ojos.	$0 Hable con su proveedor y obtenga un referido.
	Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una consulta preventiva única de "Bienvenido a Medicare". En la consulta, se incluye lo siguiente: • una revisión de su estado de salud; • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas las pruebas de detección y las vacunas); • referidos para recibir otro tipo de atención, si la necesita. **Nota:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando programe la cita, avise al consultorio de su médico que desea programar la consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".	$0

E. Apoyos comunitarios

Usted puede obtener apoyos bajo su plan de atención individualizada. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos médicamente adecuados y rentables en comparación con los cubiertos por el plan estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios podrían ayudarle a vivir de forma más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe de Medi-Cal.

A continuación, se proporcionan ejemplos de servicios de apoyos comunitarios. No están disponibles en todas las áreas. No todos los miembros califican para recibir apoyos comunitarios. Para calificar, debe cumplir criterios específicos.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
Transición a centros de vida asistida (Assisted Living Facility,ALF)	Estos servicios ayudan a que las personas vivan en su comunidad y eviten ser ingresadas en una institución. El objetivo del servicio es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario y hogareño, o evitar el ingreso en centros de enfermería especializada de los miembros con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Vivieron en un centro de enfermería durante más de 60 días y desean trasladarse a un centro de vida asistida (ALF), y pueden vivir de forma segura en un ALF. • Viven en la comunidad, desean permanecer allí, pueden vivir de forma segura en un ALF y necesitan atención del nivel de un centro de enfermería, pero eligen recibir esos servicios en un ALF en lugar de trasladarse a un centro de enfermería.
Tratamiento del asma	Se incluyen 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 desenvolverse en el hogar con una menor probabilidad de que se presenten episodios agudos de asma.	Los miembros que hayan completado una evaluación de desencadenantes ambientales en el hogar en los últimos 12 meses a través del beneficio de Servicios preventivos para el asma (Asthma Preventive Services, APS), según se describe en la Tabla de beneficios.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
Servicios de transición del hogar o la comunidad	Se incluyen los gastos de instalación no recurrentes de las personas que están en 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.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Actualmente reciben un nivel de atención de centro de enfermería necesaria desde el punto de vista médico y eligen trasladarse al hogar y continuar recibiendo la atención. • Residieron más de 60 días en un centro de enfermería o en un entorno de atención para la recuperación. • Les interesa trasladarse nuevamente a la comunidad. • Pueden vivir de manera segura en la comunidad con los apoyos y los servicios adecuados y rentables.
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 de habilitación durante el día 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.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • No tienen hogar. • Dejaron de estar sin hogar y obtuvieron una vivienda en los últimos 24 meses. • Están en riesgo de quedarse sin hogar o de ser internados en una institución, y su estabilidad de vivienda podría mejorar mediante la participación en un programa de habilitación durante el día.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
Adaptaciones de accesibilidad de entornos (modificaciones en el hogar)	Entre estos servicios, se 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 desenvolverse con mayor independencia en el hogar, sin las cuales el participante necesitaría ser institucionalizado.	Miembros que corren el riesgo de ser internados en un centro de enfermería.
Depósitos para vivienda	Estos servicios ayudan a identificar, coordinar, conseguir o financiar servicios y modificaciones únicos necesarios para que una persona pueda establecer un hogar básico, que no constituyan habitación ni alimentación.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Cumplen con 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 con uno o más factores de riesgo clínico. • Reúnen los requisitos para recibir los servicios de renta de transición. • Los miembros a quienes se les haya dado prioridad para una unidad de vivienda permanente con apoyo o para 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.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
Servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas	Estos servicios proporcionan servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas, con el objetivo de mantener un arrendamiento seguro y estable una vez que se obtiene la vivienda.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Cumplen con 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 con uno o más factores de riesgo clínico. • Reúnen los requisitos para recibir los servicios de renta de transición. • Los miembros a quienes se les haya dado prioridad para una unidad de vivienda permanente con servicios de apoyo o para un recurso de subsidio de alquiler a través del Sistema de Entrada Coordinada local para personas sin hogar o un sistema similar.
Servicios de transición y orientación de vivienda	Estos servicios ayudan a los miembros a obtener una vivienda e incluyen la realización de una evaluación de inquilinos y una evaluación de la vivienda, un plan individualizado de apoyo para la vivienda y la obtención de una vivienda.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Cumplen con 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 con uno o más factores de riesgo clínico. • Reúnen los requisitos para recibir los servicios de renta de transición.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
		• Los miembros a quienes se les haya dado prioridad para una unidad de vivienda permanente con apoyo o para 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.
Comidas adecuadas médicamente o alimentos de apoyo para su salud	Entre estos servicios, se incluyen 1) comidas personalizadas por razones médicas proporcionadas al miembro en su domicilio que satisfacen las necesidades alimentarias específicas de las personas con enfermedades crónicas, personalizadas por un profesional certificado en nutrición; y 2) servicios de nutrición y alimentación de apoyo médico.	Miembros con afecciones médicas crónicas o graves relacionadas con la nutrición.
Servicios de cuidado personal y tareas domésticas	Estos servicios proporcionan asistencia con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Están en riesgo de hospitalización o institucionalización en un centro de atención de enfermería. • Presentan limitaciones funcionales y no cuentan con otro sistema de apoyo adecuado. • Recibieron aprobación para recibir servicios de apoyo en el hogar.

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
Cuidados de recuperación (relevo médico)	Entre estos servicios, se incluyen atención residencial a corto plazo para las personas que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad y cuya afección se vería agravada por un entorno de vida inestable.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Requieren recuperación para sanar de una lesión o enfermedad. • Cumplen con la definición del HUD de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar.
Servicios de relevo	Estos servicios se prestan a corto plazo debido a la ausencia o a la necesidad de dar un respiro a las personas que normalmente los cuidan o supervisan, y no son de carácter médico. Este servicio es distinto de la atención médica de relevo o de recuperación y está destinado exclusivamente al descanso del cuidador.	Miembros que viven en la comunidad y se ven afectados en sus actividades de la vida diaria (ADL) y dependen de un cuidador calificado que proporciona apoyo y necesita descanso para evitar que se ingrese al paciente en una institución.
Centros de desintoxicación	Estos centros sirven como destinos alternativos para las personas que se encuentran en estado de ebriedad en lugares públicos y que, de otro modo, se las trasladaría a un Departamento de Emergencias o a la cárcel. Los centros de desintoxicación ofrecen a estas personas, sobre todo a las que no tienen vivienda o viven en situaciones inestables, un entorno seguro y de apoyo para recuperar la sobriedad.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Tienen 18 años o **más**. • Están en estado de embriaguez, pero conscientes, cooperativos, pueden caminar, no son violentos y no tienen ningún problema médico (lo que incluye síntomas de abstinencia potencialmente mortales o síntomas subyacentes aparentes).

Apoyos comunitarios	Descripción	Quiénes pueden ser elegibles
		• De otro modo, se los trasladaría al Departamento de Emergencias o a la **cárcel**. • Se presentaron en un Departamento de Emergencias y son aptos para ser derivados a un centro de desintoxicación.
Renta de transición	Hasta 6 meses de asistencia para el pago del alquiler en viviendas provisionales o permanentes.	Los miembros que cumplan con los siguientes criterios: • Tienen uno o más factores de riesgo clínico que **califican**. • Cumplen con la definición del HUD de personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin **hogar**. • Están a punto de transicionar de uno de los dos entornos calificados siguientes: o transición de un entorno institucional o un entorno residencial donde se congregan muchas personas, o transición desde un entorno carcelario.

Si necesita ayuda o quisiera saber qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles para usted, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (TTY 711) o hable con su coordinador de atención.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del programa de pago por servicio de Medi-Cal.

F1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (California Community Transitions, CCT) recurre a organizaciones locales líderes para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en un centro de atención para pacientes hospitalizados durante al menos 60 días consecutivos a regresar a un entorno comunitario y permanecer allí de manera segura. El programa CCT financia servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición, para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado donde vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líderes de CCT y los condados en los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Health Care Services): www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de la transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no se relacionan con su transición de CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe servicios de coordinación de la transición de CCT, nosotros pagamos los servicios que se indican en la Tabla de beneficios de la **sección D**.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT no cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea de CCT, llame a su coordinador de atención para concertar los servicios. La atención de transición que no es de CCT es la atención que **no** se relaciona con su transición desde una institución o centro de atención.

F2. Servicios dentales de Medi-Cal

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Puede obtener más información en el sitio web sonriecalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios como los siguientes:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, selladores y tratamientos con flúor;
- restauraciones y coronas;

- tratamiento de conductos radicular;
- prótesis dentales parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebasados.

Para obtener más información con respecto a los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada no tiene costo. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web sonriecalifornia.org para obtener más información.

En los condados de Sacramento y Los Angeles, puede recibir beneficios dentales de Medi-Cal a través de un plan de atención dental administrada (Dental MC). Si desea obtener más información sobre los planes dentales de Medi-Cal o desea hacer cambios, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. La llamada es gratuita. Los datos de contacto de Dental MC también están disponibles aquí: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

F3. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de adultos mayores y personas con discapacidad o las instalaciones de atención y alojamiento.
- Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidados de los intestinos y la vejiga, bañarse, cuidado personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS a través de la agencia de servicios sociales de su condado. La información de contacto de su condado se puede encontrar en el **capítulo 2**, **sección I**, o en https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices.

F4. Programas de Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad 1915(c) (Home and Community Based Services, HCBS)

Exención de vida asistida (ALW)

- La exención de vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa a la colocación a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición del centro de enfermería a un entorno comunitario y hogareño, o evitar el ingreso en centros de enfermería especializada de los beneficiarios con una necesidad inminente de colocación en un centro de enfermería.

- Los miembros que están inscritos en la ALW pueden permanecer así y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su agencia de coordinación de la atención de ALW para coordinar los servicios que recibe.

- Actualmente, la ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW. Puede encontrar una lista de las agencias de coordinación de atención de la ALW en el siguiente sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/.

Exención de HCBS para personas de California con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del programa de autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo

- Hay dos exenciones 1915(c), la exención de servicios comunitarios y en el hogar para personas con discapacidades del desarrollo (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD) y la exención del programa de autodeterminación (Self-Determination Program, SDP), que brindan servicios a personas a las que se les diagnosticó una discapacidad del desarrollo que comienza antes de los 18 años y se espera que continúe de manera indefinida. Ambas exenciones son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a conectarse con los servicios de exención por DD.

Exención de alternativa basada en el hogar y la comunidad (HCBA)

- La exención de alternativa basada en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA) brinda servicios de administración de la atención a personas en riesgo de ser admitidas en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o en una institución. Un Equipo de Administración de la Atención interdisciplinario compuesto por un enfermero y un trabajador social proporciona los servicios de administración de la atención. El equipo coordina los servicios de exención y del Plan Estatal (como servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo para el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y la exención se brindan en la residencia del participante en la comunidad. Esta residencia puede ser de propiedad privada, asegurada a través de un acuerdo de arrendamiento de inquilino o la residencia de un miembro de la familia del participante.

- Los miembros que están inscritos en la exención HCBA pueden permanecer así mientras también reciben los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de HCBA para coordinar los servicios que recibe.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la HCBA. Puede encontrar una lista de agencias de exenciones de HCBA en el siguiente sitio web: Exenciones de Alternativas Basadas en el Hogar y la Comunidad | DHCS

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) brinda administración integral de casos y servicios de atención directa a personas que viven con VIH como una alternativa a la atención en un centro de enfermería o a la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo centrado en el participante integrado por un enfermero registrado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención médica primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios con el fin de evaluar las necesidades de atención para mantener al participante en su hogar y comunidad.

- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios en el hogar y en la comunidad para personas con VIH que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el manejo de la salud en relación con el VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud del comportamiento y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.

- Los miembros que están inscritos en la exención MCWP pueden permanecer así mientras también reciben los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su agencia de exención de MCWP para coordinar los servicios que recibe.

- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MCWP. Puede encontrar una lista de las agencias de la exención MCWP en el siguiente sitio web: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx.

Programa de Servicios con Fines Múltiples para Adultos Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios con Fines Múltiples para Adultos Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) proporciona tanto servicios de administración de atención social como de salud para ayudar a las personas a permanecer en sus propios domicilios y comunidades.

- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben servicios de apoyo para el hogar, el MSSP brinda coordinación de atención continua, vincula a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que, de otro modo, no estarían disponibles para prevenir o retrasar la admisión en instituciones. El costo total anual combinado de la administración de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.

- Un equipo de profesionales de servicios sociales y de salud brinda a cada participante del MSSP una evaluación psicosocial y de salud completa para determinar los servicios necesarios. Después, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen lo siguiente:
  - administración de la atención;
  - cuidado diurno para adultos;
  - mantenimiento y reparaciones menores del hogar;
  - servicios suplementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión de protección en el hogar;
  - servicios de relevo;
  - servicios de transporte;
  - servicios de asesoramiento y terapéuticos;
  - servicios de comidas;
  - servicios de comunicación.
- Los miembros que están inscritos en la exención MSSP pueden permanecer así mientras también reciben los beneficios que nuestro plan proporciona. Nuestro plan trabaja con su proveedor de MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP. Puede encontrar una lista de las agencias proveedoras de MSSP en el siguiente sitio web: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/.

F5. Servicios para la salud del comportamiento del condado que se proporcionan fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias)

Tiene acceso a los servicios para la salud del comportamiento necesarios desde el punto de vista médico que Medicare y Medi-Cal cubren. Ofrecemos acceso a los servicios para la salud del comportamiento cubiertos por Medicare y atención médica administrada de Medi-Cal. Nuestro plan no ofrece servicios de salud mental especializados de Medi-Cal ni servicios para trastornos por abuso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud del comportamiento del condado.

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (mental health plan, MHP) del condado si cumple con los criterios para acceder a estos servicios. Entre los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal que el MHP del condado proporciona, se incluyen los siguientes:

- servicios de salud mental;
- servicios de apoyo para medicamentos;

- servicios intensivos de tratamiento de día;
- rehabilitación diurna;
- servicios de intervención en casos de crisis;
- servicios de estabilización en casos de crisis;
- servicios de tratamiento en entorno residencial para adultos;
- servicios de tratamiento en entorno residencial en casos de crisis;
- servicios de instalaciones de salud psiquiátrica;
- servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes internos;
- administración de casos específicos;
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles;
- servicios terapéuticos para el comportamiento;
- cuidados terapéuticos de crianza;
- reinserción de personas involucradas con la justicia, donde esté disponible;
- tratamiento asertivo comunitario (assertive community treatment, ACT);
- tratamiento asertivo forense comunitario (forensic assertive community treatment, FACT), donde esté disponible;
- atención especializada coordinada (coordinated specialty care, CSC) para el primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP), donde esté disponible;
- servicios de centros comunitarios, donde estén disponibles;
- servicios mejorados de trabajadores de salud comunitarios (community health workers, CHW), donde estén disponibles.

Los servicios de Drug Medi-Cal (DMC) están disponibles para usted a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos;
- tratamiento residencial perinatal del trastorno por abuso de sustancias;
- servicios de tratamiento para pacientes externos;
- programa de tratamiento de narcóticos;
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también conocido como tratamiento asistido con medicamentos);
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles.

Entre los servicios del Sistema Organizado de Prestaciones de Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), se incluyen los siguientes:

- servicios de tratamiento para pacientes externos;
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes externos;
- servicios de hospitalización parcial;
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también conocido como tratamiento asistido con medicamentos);
- servicios de tratamiento en entorno residencial;
- servicios de manejo de la abstinencia;
- programa de tratamiento de narcóticos;
- servicios de recuperación;
- coordinación de la atención;
- servicios de apoyo entre pares, donde estén disponibles;
- servicios comunitarios móviles de intervención en casos de crisis, donde estén disponibles;
- servicios de manejo de contingencias, donde estén disponibles;
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados.

Además de los servicios que se mencionaron anteriormente, puede tener acceso a servicios voluntarios de desintoxicación para pacientes hospitalizados si cumple con los criterios.

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

En esta sección, se le proporciona información sobre los beneficios excluidos de nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagan.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que nosotros no cubrimos bajo ninguna circunstancia y algunos que solo excluimos en determinados casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (ni en ninguna otra parte de esta *Guía para miembros*) excepto en las condiciones específicas que se indican. Incluso si obtiene los servicios en un centro de atención de emergencia, el plan no pagará los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones que se describen en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni necesarios desde el punto de vista médico”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que figuren como servicios cubiertos. Esta exclusión no se aplica a servicios o artículos que no estén cubiertos por Original Medicare, pero que estén cubiertos por nuestro plan.

- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales. Los procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta. Podrían estar cubiertos por Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el **capítulo 3** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Servicios de enfermería privada.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Tarifas cobradas por sus familiares directos o por miembros de su hogar.
- Servicios o procedimientos de mejora opcionales o voluntarios (incluidos los relacionados con la pérdida de peso, la caída o el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos estéticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Atención quiropráctica, aparte de la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las pautas de cobertura.
- Atención rutinaria de los pies, salvo lo descrito en “Servicios de podología” en la Tabla de beneficios de la **sección D**.
- Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyan en el costo del aparato ortopédico, o si son para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Cirugías para corregir la visión (por ejemplo, cirugía LASIK).
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios que se proporcionan a los veteranos de guerra en los centros de atención de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los montos de costos compartidos.
- Algunos exámenes y servicios, como los siguientes:
    - para obtener o conservar un empleo;
    - para obtener seguro;
    - para obtener cualquier tipo de licencia;
    - por orden de un tribunal o para libertad provisional o libertad vigilada;
    - esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son médicamente necesarios.

- Artículos de comodidad o conveniencia. La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos ni características de comodidad, conveniencia o lujo. Entre ellos, se incluyen los artículos destinados exclusivamente a la comodidad o conveniencia de un miembro, de un familiar del afiliado o de su proveedor de atención médica. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche de venta al por menor que se proporcionan a las mujeres después del embarazo. Esta exclusión tampoco se aplica a los artículos aprobados para usted conforme a la sección Apoyos comunitarios.
- Servicios o procedimientos cosméticos. Esta exclusión no se aplica para lo siguiente:
    - implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta;
    - prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía o una extirpación del tumor;
    - prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa del rostro.
- Suministros desechables. En la cobertura de Medi-Cal, no se incluyen los siguientes suministros desechables para uso en el hogar: vendas, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos y vendas elásticas tipo Ace. Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables que se proporcionan como parte de los siguientes beneficios descritos en la Tabla de beneficios:
    - tratamiento de diálisis o hemodiálisis;
    - equipo médico duradero;
    - atención médica a domicilio;
    - cuidados paliativos y de hospicio;
    - aparatos, equipos y suministros médicos;
    - medicamentos recetados;
    - dispositivos protésicos y suministros relacionados.
- Servicios de fertilidad:
    - En la cobertura de Medi-Cal, no se incluyen servicios para ayudar a una persona a quedar embarazada, incluidos los servicios para tratar la infertilidad, la inseminación artificial y los servicios de tecnología de reproducción asistida. Medi-Cal no cubre los servicios de preservación de la fertilidad.
    - Medicare no cubre la concepción a través de métodos artificiales, como la fertilización in vitro, las transferencias intratubáricas de cigotos, los trasplantes de óvulos y las transferencias intratubáricas de gametos (excepto la inseminación artificial y los servicios relacionados).
- Artículos y servicios que no se consideran de atención médica, a menos que estén aprobados para usted como parte de la cobertura de Medi-Cal en virtud de los apoyos comunitarios o el equipo médico duradero. Por ejemplo, no cubrimos lo siguiente:
    - enseñanza de modales y etiqueta;
    - servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de actividades diarias, proyectos o tareas;

  - artículos y servicios destinados a aumentar el conocimiento o las habilidades académicas;
  - servicios de enseñanza y apoyo para incrementar la inteligencia;
  - asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades, como gramática, matemáticas y administración del tiempo;
  - enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia;
  - exámenes educativos;
  - enseñanza de arte, danza, equitación, música, juegos o natación, excepto que esta exclusión de la “enseñanza de juegos” no se aplica a los servicios que forman parte de un plan de tratamiento de terapia de salud del comportamiento y que están cubiertos en este capítulo;
  - enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales;
  - capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales;
  - cursos de desarrollo profesional;
  - capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral;
  - modificaciones en su hogar o automóvil, a menos que sean cambios temporales que se determinen como médicamente necesarios o que se aprueben para usted en el marco de los apoyos comunitarios.

- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de la terapia acuática y otros tipos de terapia en el agua no se aplica a los servicios terapéuticos que forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que se cubren como parte de los siguientes beneficios:
  - atención médica a domicilio;
  - cuidados paliativos y de hospicio;
  - servicios de rehabilitación y habilitación;
  - servicios de centros de enfermería especializada.
- Terapia de masajes. Esta exclusión no se aplica a los servicios terapéuticos que forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que se cubren como parte de los siguientes beneficios:
  - atención médica a domicilio;
  - cuidados paliativos y de hospicio;
  - servicios de rehabilitación y habilitación;
  - servicios de centros de enfermería especializada.

- Servicios de cuidado personal (atención de custodia), como ayuda con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño y tomar medicamentos). Esta exclusión no se aplica a la asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de la cobertura descrita en los siguientes beneficios:
    - cuidados paliativos y de hospicio;
    - servicios y apoyos de atención a largo plazo;
    - atención en un centro de enfermería especializada, centro de cuidados intermedios o centro de cuidados subagudos;
    - apoyos comunitarios.
- Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal. No cubrimos medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos ni ningún otro servicio que, por ley, deba contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para su venta en EE. UU., pero que no cuente con esa aprobación. Esta exclusión no aplica a las siguientes situaciones:
    - servicios que se cubren en el marco de ensayos clínicos;
    - servicios que se proporcionan como parte de servicios de investigación cubiertos.
- Servicios brindados por personas sin licencia. En la cobertura, por lo general, no se incluyen servicios que se puedan prestar de manera segura y eficaz por personas que no necesiten licencias o certificados estatales para proporcionar servicios de atención para la salud y en los casos en que la afección del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado. Esta exclusión no se aplica a los siguientes servicios cubiertos:
    - apoyos comunitarios que se hayan aprobado para usted;
    - servicios de doula;
    - servicios de trabajadores de salud comunitarios.
- Servicios relacionados con un servicio no cubierto. Cuando un servicio no está cubierto, quedan excluidos todos los servicios relacionados con ese servicio. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones derivadas de servicios no cubiertos, si esas complicaciones estarían cubiertas de otro modo. Por ejemplo, si se somete a una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que reciba a fin de prepararse para la cirugía ni la atención de seguimiento. Si posteriormente tiene una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios se cubran según esta *Guía para miembros*.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos externos

Introducción

En este capítulo, se explican las reglas para obtener sus medicamentos externos. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o mediante un servicio de pedido por correo postal. Entre ellos, se incluyen medicamentos que Medicare Parte D y Medi-Cal cubren. En el **capítulo 6** de esta *Guía para miembros*, se indica cuánto debe pagar por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos que Medicare Parte A cubre.** Por lo general, entre estos, se incluyen medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos que Medicare Parte B cubre.** Entre estos, se incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta con un médico u otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de Medicare Parte B que se cubren, consulte la Tabla de beneficios del **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.
- Además de la cobertura de los beneficios médicos y de Medicare Parte D de nuestro plan, Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si recibe cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **capítulo 5, sección F3**, “En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos externos de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro médico prescriptor) que le escriba una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona a menudo es su proveedor de atención médica primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo refirió para obtener atención.

El médico prescriptor **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare, ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Para obtener más información, consulte la **sección A1**). O bien, puede surtir su receta médica mediante el servicio de pedidos por correo postal del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan*. La llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar. (Consulte la **sección B** de este capítulo).

- Si no figura en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si le concedemos una excepción.
- Consulte el **capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- También tenga en cuenta que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

El medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Esto significa que el consumo del medicamento cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o que está respaldado por determinadas referencias médicas. El médico prescriptor quizás pueda ayudarle a encontrar las referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que nuestro plan deba aprobar su medicamento según ciertos criterios antes de que podamos cubrirlo. (Consulte la **sección C** de este capítulo).

Índice del capítulo 5

A. Cómo surtir sus recetas médicas 190

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red 190

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro al surtir una receta 190

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red 190

A4. Qué hacer si su farmacia deja de pertenecer a la red 190

A5. Cómo usar una farmacia especializada 191

A6. Cómo usar los servicios de pedido por correo postal para obtener sus medicamentos 191

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 194

A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan 194

A9. Cómo obtener un reembolso por una receta médica 195

B. Lista de medicamentos *de nuestro plan* 195

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* 195

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* 196

B3. Medicamentos que no están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* 196

B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos* 197

C. Límites para algunos medicamentos 198

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 199

D1. Cómo obtener un suministro temporal 200

D2. Cómo solicitar un suministro temporal 201

D3. Cómo solicitar una excepción 201

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 202

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 204

F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía que cubra nuestro plan 204

F2. En un centro de atención a largo plazo 204

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 204

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos 205

G1. Programas para ayudarle a consumir los medicamentos de manera segura 205

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 205

G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir medicamentos opioides de forma segura 206

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir su receta médica en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas médicas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas médicas que se surten en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro al surtir una receta

Para surtir su receta médica, muestre su **tarjeta de identificación del miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte del costo de su medicamento cubierto que nos corresponde. Es posible que deba pagar un copago a la farmacia cuando recoja el medicamento recetado.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no lleva su tarjeta de identificación del miembro o su BIC cuando vaya a surtir su receta médica, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. Luego, puede solicitarnos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicio a los Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Si desea solicitarnos un reembolso, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio a los Miembros.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio a los Miembros.

A4. Qué hacer si su farmacia deja de pertenecer a la red

Si la farmacia a la que acude deja de pertenecer a la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de atención de enfermería.
    - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguraremos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro de atención.
    - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicio a los Miembros.
- Farmacias de proveedores de atención médica para indígenas (Indian Health Care Provider, IHCP) Los miembros indios americanos y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un proveedor de atención médica indígena (IHCP) en la medida en que tengan una farmacia minorista inscrita. Si no es indígena estadounidense ni nativo de Alaska, aún puede recibir servicios de una farmacia minorista en un IHCP si está asignado a la clínica o en caso de emergencia.
- Farmacias que venden medicamentos restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. (Nota: Esta situación debería ocurrir rara vez).
- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio a los Miembros.

A6. Cómo usar los servicios de pedido por correo postal para obtener sus medicamentos

Puede utilizar el servicio de pedido por correo postal de la red de nuestro plan para obtener determinados medicamentos. En general, los medicamentos disponibles mediante pedido por correo postal son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo postal de nuestro plan están identificados como medicamentos de pedido por correo postal en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo postal de nuestro plan le permite solicitar un suministro para un máximo de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de 1 mes.

Surtir recetas médicas por correo postal

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas médicas por correo postal, visite su farmacia local de la red o nuestro sitio web kp.org/refill (en inglés). Usted puede, de manera conveniente, solicitar que le vuelvan a surtir sus recetas médicas de las siguientes maneras:

- Regístrese y solicítelas en línea de manera segura en kp.org/refill (en inglés).
- Llame al número que figura en su plan de recetas médicas y siga las indicaciones (asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo postal cuando se le indique).
- Llame al número que aparece a continuación correspondiente a su plan:

  Planes South: 1-866-206-2983 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

  Planes North: 1-888-218-6245 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; los sábados, de 8 a. m. a 6 p. m.; y los domingos, de 9 a. m. a 6 p. m.

- Envíe por correo postal su receta médica o solicitud de resurtido en un formulario de pedido por correo postal disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

Si solicita resurtidos para entrega a domicilio por internet, por teléfono o por escrito, deberá pagar el costo compartido al realizar el pedido (en el caso de la entrega por correo regular del Servicio Postal de Estados Unidos [United State's Postal Service, USPS] no hay cargos de envío). Si así lo prefiere, puede elegir la farmacia de la red donde desea recoger y pagar sus medicamentos recetados. Si tiene alguna duda sobre si su medicamento recetado puede enviarse por correo postal, comuníquese con una farmacia de la red o consulte nuestra *Lista de medicamentos* para obtener información sobre los medicamentos que pueden enviarse por correo postal.

Por lo general, un medicamento recetado que se solicitó por correo postal llega en un plazo de **5** días. Si el medicamento recetado que se solicitó por correo postal se retrasa, por favor llame al número que se indicó anteriormente o al que figura en la etiqueta del frasco de su medicamento recetado para obtener ayuda. Además, si no puede esperar a recibir su medicamento recetado de nuestra farmacia de pedidos por correo postal, puede obtener un suministro de urgencia llamando a su farmacia minorista local de la red que aparece en su *Directorio de proveedores y farmacias* o en kp.org/directory (cambie el idioma a español). Tenga en cuenta que es posible que pague más si obtiene un suministro de 100 días en una farmacia minorista de la red en lugar de obtenerlo en nuestra farmacia de pedidos por correo postal.

Procesos de pedidos por correo postal

El servicio de pedidos por correo postal tiene diferentes procedimientos para las recetas médicas nuevas que recibe de usted, las recetas médicas nuevas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus medicamentos recetados que se solicitaron por correo postal.

1. **Recetas médicas nuevas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor**

   Después de que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante.

   - Esto le da la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidos la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le cobre y se envíe.
   - Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles qué hacer con la nueva receta médica y para evitar demoras en el envío.

2. **Resurtidos de recetas médicas por correo postal**

   Para resurtir una receta médica, comuníquese con su farmacia al menos 5 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual para asegurarse de que le envíen su próximo pedido a tiempo.

   También tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Mediante este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido de forma automática cuando nuestros registros indiquen que falta poco para que se le acabe el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos; puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si cambió de fármaco.

   Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea usar el servicio de farmacia por correo postal para recibir su medicamento, comuníquese con la farmacia 5 días antes de que se termine su medicamento actual. Esto garantizará que el pedido le llegue a tiempo.

   Para abandonar nuestro programa que prepara los pedidos de resurtido por correo postal de forma automática, comuníquese con nosotros de las siguientes maneras:

   - Llame al número que aparece a continuación correspondiente a su plan:

     Planes South: 1-866-206-2983 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

     Planes North: 1-888-218-6245 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; los sábados, de 8 a. m. a 6 p. m.; y los domingos, de 9 a. m. a 6 p. m.

   - Visite nuestro sitio web kp.org/refill (en inglés) y siga los siguientes pasos:

View Pharmacy (Ver farmacia) → Auto Refill (Reurtido automático) → Manage Auto Refill (Administrar resurtidos automáticos) → Remove this medication from Auto Refill (Eliminar este medicamento del resurtido automático)

Si obtiene un resurtido de forma automática por correo postal que no desea, es posible que sea elegible para un reembolso.

A7. Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento incluidos en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.

Para determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo postal de la red de nuestro plan a fin de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo postal.

A8. Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

En general, pagamos los medicamentos que se surten en farmacias que están fuera de la red únicamente cuando no es posible usar una farmacia dentro de la red. En estos casos, consulte primero con Servicio a los Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cercana.

Pagamos las recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia fuera de la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las guías de la lista de medicamentos de Medicare Parte D.

- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia cubierta fuera de la red o atención de urgencia fuera del área, cubriremos un suministro de hasta 30 días por parte de una farmacia fuera de la red. Nota: En el caso de los medicamentos recetados que se prescribieron y proporcionaron fuera de los Estados Unidos y sus territorios como parte de la atención de emergencia o de urgencia cubierta, cubriremos un suministro de hasta 30 días en un período de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no se toman en cuenta para alcanzar la etapa de cobertura catastrófica.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta médica.

- Si trata de surtir una receta para un medicamento que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o mediante el servicio de farmacia por correo postal (incluidos los medicamentos de costo elevado).

- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

A9. Cómo obtener un reembolso por una receta médica

Si tiene que acudir a una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtiene su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si paga el costo total por su medicamento recetado que podría estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia pueda reembolsarle el dinero una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento recetado. Como alternativa, puede solicitar a Medi-Cal Rx que le reembolse el dinero presentando el reclamo de “Reembolso de Gastos de Bolsillo de Medi-Cal (Conlan)”. Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ (cambie el idioma a español).

Para obtener más información sobre esto, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros*.

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos.* Para abreviar, la llamamos “*Lista de medicamentos*”.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. En la *Lista de medicamentos*, también se indican las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

En nuestra *Lista de medicamentos*, se incluyen los medicamentos que Medicare Parte D cubre.

Nuestro plan cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov [cambie el idioma a español]) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de MediCal Rx.

En nuestra *Lista de medicamentos*, se incluyen medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es aquel que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece a la compañía farmacéutica. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales.

Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el **capítulo 12** para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se pueden encontrar en la *Lista de medicamentos*.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra *Lista de medicamentos*, haga lo siguiente:

- Visite el sitio web de nuestro plan en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español). La *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicio a los Miembros para saber si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Es posible que los medicamentos que no estén cubiertos por la Parte D sí lo estén por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/ [cambie el idioma a español]) para obtener más información.
- Use nuestra “Herramienta de beneficio en tiempo real” en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español) para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos*, obtener un estimado de lo que va a pagar y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio a los Miembros.

B3. Medicamentos que no están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están incluidos en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos que se describen en esta sección. A estos se les llama **medicamentos excluidos**. Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros* a fin de obtener más información sobre las apelaciones.

A continuación, se proporcionan tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes externos de nuestro plan (que incluye Medicare Parte D) no puede pagar un medicamento que Medicare Parte A o Medicare Parte B ya cubre. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B sin costo, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes externos.

2. Nuestro plan no puede cubrir los medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

3. La FDA debe aprobar el uso del medicamento o este debe tener el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se conoce como "*off-label use*" (uso fuera de indicación). Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de indicación.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación:

- medicamentos que se usan para promover la fertilidad;
- medicamentos para aliviar los síntomas del resfriado o la tos*;
- medicamentos que se usan para estimular el crecimiento del cabello o con propósitos cosméticos;
- vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor*;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia y la pérdida o el aumento de peso*;
- medicamentos para pacientes externos fabricados por una empresa que exige que ciertas pruebas o servicios se realicen únicamente con ella.

*Medi-Cal puede cubrir algunos productos seleccionados. Para obtener más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

B4. Niveles de costo compartido de la *Lista de medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* pertenece a uno de seis niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

- Nivel 1 para medicamentos genéricos preferidos (en este nivel, se incluyen algunos medicamentos de marca).
- Nivel 2 para medicamentos genéricos (en este nivel, se incluyen algunos medicamentos de marca).
- Nivel 3 para medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 para medicamentos no preferidos (en este nivel, se incluyen medicamentos genéricos y de marca).
- Nivel 5 para medicamentos especializados (en este nivel, se incluyen medicamentos genéricos y de marca).
- Nivel 6 para vacunas de la Parte D (en este nivel, se incluyen solo medicamentos de marca).

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el capítulo 6 de esta *Guía para miembros*, se indica el monto que usted paga por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le recomiendan que obtenga un medicamento que sea seguro y eficaz para tratar su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto sucede porque los mismos medicamentos pueden variar de acuerdo con la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; pastilla frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros.*

1. **Limitar el uso de un medicamento de marca o de un producto biológico original cuando, respectivamente, exista una versión genérica o un biosimilar intercambiable disponible**

   Generalmente, los medicamentos genéricos o los biosimilares intercambiables son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o el biosimilar intercambiable.

   - Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca comercial o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
   - Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, cubriremos el costo del medicamento de marca.

- Es posible que el copago sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico, el producto biológico original o el biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el médico prescriptor deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta médica. Esto se llama autorización previa. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y brindar orientación para el uso adecuado de ciertos medicamentos. Es posible que no cubramos el medicamento si no obtiene la aprobación. Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español).

3. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta médica.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español).
Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no figure en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Puede ser que el medicamento sea nuevo y que aún no hayamos evaluado su seguridad y eficacia.

- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales para su cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o el médico prescriptor desee solicitarnos una excepción.

- El medicamento tiene cobertura, pero en un nivel de costo compartido que hace que el monto que debe pagar sea más alto de lo que cree que debería ser.

Hay medidas que puede tomar si no cubrimos un medicamento de la manera que usted desea.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que estuvo tomando debe cumplir una de las siguientes condiciones:

- Ya no figura en nuestra *Lista de medicamentos.*
- Nunca figuró en nuestra *Lista de medicamentos.*
- Ahora tiene alguna limitación.

2. Debe encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- Estaba inscrito en nuestro plan el año pasado.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
  - Este suministro temporal es de hasta **30 días**.
  - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos a fin de proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.
- Es nuevo en nuestro plan.
  - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
  - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
  - Si su receta médica es por menos tiempo, permitimos que se hagan varios resurtidos a fin de proporcionarle medicamentos para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle el medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.
- Lleva más de 30 días afiliado a nuestro plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
  - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta médica es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó anteriormente.

- Si ingresa o le dan de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de atención a largo plazo y pasa a un hogar o centro de atención diferente, a esto se le conoce como un cambio en el nivel de atención. Cuando hay un cambio en su nivel de atención, es posible que necesite un suministro adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro de hasta 1 mes de sus medicamentos de la Parte D durante este período de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio a los Miembros.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro. A continuación, se proporcionan sus opciones:

- Cambie a otro medicamento.
  Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicio a los Miembros y solicite una lista de los medicamentos que cubrimos y se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

  O

- Solicite una excepción.
  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos* o que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para que se le realice una excepción, puede ayudarle a solicitarla.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si el próximo año vamos a retirar de nuestra *Lista de medicamentos* un medicamento que usted toma o vamos a limitarlo de alguna manera, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Pídanos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año como le gustaría.

- Respondemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo del médico prescriptor).

- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio a los Miembros.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se implementan el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, es posible que ocurra lo siguiente:

- Decidamos exigir o no exigir una autorización previa para un medicamento (nuestro permiso antes de que pueda obtenerlo).
- Agreguemos o cambiemos la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Reemplacemos un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas reglas para los medicamentos, consulte la **sección C.**

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y menos costoso que sea tan eficaz como un medicamento que actualmente figura en nuestra *Lista de medicamentos.*
- Descubramos que un medicamento no es seguro.
- Un medicamento se retire del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede hacer lo siguiente:

- consultar nuestra *Lista de medicamentos* vigente en línea en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español);
- llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* vigente.

Cambios que podemos hacer en nuestra *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año en curso del plan

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* entrarán en vigor **de inmediato**. Por ejemplo:

Sale al mercado un nuevo medicamento genérico. A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que es tan eficaz como un medicamento de marca o un producto biológico original que actualmente figura en la *Lista de medicamentos.* Cuando eso sucede, es posible

que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que ocurra.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **capítulo 9** de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.

Retirar medicamentos peligrosos y otros medicamentos que dejaron de estar disponibles en el mercado. Es posible que se descubra que un medicamento es peligroso o se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de nuestra *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. El médico prescriptor también estará al tanto del cambio y podrá ayudarle a buscar otro medicamento para su afección.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si sucede lo siguiente:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurran estos cambios, nosotros realizaremos algunas de las siguientes acciones:

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*.
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

De esta manera, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional prescriptor. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar.
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios para que continúe la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que estuvo tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

Cambios en la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante el año en curso del plan

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no están descritos anteriormente y no le afectan en este momento. En el caso de estos cambios, si está tomando un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, por lo general no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento durante el resto del año.
Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando (excepto los cambios que se mencionaron en la sección anterior), el cambio no afectará su uso del medicamento hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Deberá consultar nuestra *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para verificar si se realizaron cambios que puedan afectarlo durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía que cubra nuestro plan

Si ingresa a un hospital o a un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de los medicamentos durante su estadía. No pagará ningún copago. Cuando reciba el alta del hospital o del centro de atención de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **capítulo 6** de esta *Guía para miembros*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

En general, un centro de atención a largo plazo, tal como un centro de atención de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos de todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos en la farmacia del centro, siempre y cuando pertenezca a nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte o si necesita más información, comuníquese con Servicio a los Miembros.

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca tienen cobertura de un centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico prescriptor o del proveedor de cuidados paliativos en la que se indique que el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle al proveedor de cuidados paliativos o al médico prescriptor que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado, antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta médica.

Si sale del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia a fin de verificar que abandonó el centro de hospicio.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo en las que se explican qué medicamentos cubre nuestro plan. Consulte el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a consumir los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores con los medicamentos o medicamentos que impliquen lo siguiente:

- Pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que tiene el mismo efecto.
- Pueden no ser seguros para su edad o sexo.
- Podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo.
- Contienen ingredientes a los que es o podría ser alérgico.
- Pueden tener un error en la cantidad (dosis).
- Contienen cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema con los medicamentos que toma, trabajaremos con su proveedor para resolverlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un Programa Administración de Terapias con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Este programa lo ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted acerca de lo siguiente:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma;
- cualquier inquietud que tenga, como el costo de los medicamentos y las reacciones a estos;
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos;
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre.

Luego, le proporcionará lo siguiente:

- Un resumen por escrito de esta conversación. En el resumen, se incluye un plan de acción de medicamentos con recomendaciones sobre lo que puede hacer para sacarles provecho.
- Una lista personal de sus medicamentos en la que se incluyen todos los medicamentos que toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con el médico prescriptor sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a sus consultas o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio a los Miembros.

G3. Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos prescriptores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con sus médicos prescriptores para garantizar que su consumo de medicamentos opioides sea adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos prescriptores, si decidimos que usted está en riesgo de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiacepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Si forma parte de nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- exigirle que surta todas las recetas médicas de esos medicamentos en determinadas farmacias;
- exigirle que obtenga todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de determinado médico prescriptor;
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubrimos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos prescriptores o farmacias prefiere y compartir con nosotros cualquier tipo de información que crea que sea importante que sepamos. Luego de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si considera que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico prescriptor tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, evaluaremos su caso y tomaremos una nueva decisión. Si seguimos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes.
- Recibe cuidados de hospicio, cuidados paliativos o cuidados al final de la vida.
- Vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal

Introducción

En este capítulo, se explica lo que paga por sus medicamentos para pacientes externos. Por "medicamentos", nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos de Medicare Parte D;
- medicamentos y artículos que Medi-Cal Rx cubre;
- medicamentos y artículos que nuestro plan cubre como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, obtiene Extra Help de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D. Le enviamos un anexo aparte llamado Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos recetados), también conocida como Low-Income Subsidy Rider (Cláusula adicional del plan de subsidio por bajos ingresos) o LIS Rider (Cláusula del LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no recibió este anexo, llame a Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula del LIS".

> **Extra Help** es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. Extra Help también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos, puede consultar los siguientes recursos:

- Nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
  - La llamamos la "*Lista de medicamentos*". Contiene la siguiente información:
    - qué medicamentos pagamos;
    - en cuál de los seis niveles se encuentra cada medicamento;
    - si existen límites para los medicamentos.

- Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar la versión más actualizada de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español).

- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por el plan Dual **Complete** de Kaiser Permanente. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273**.** Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados por medio de Medi-Cal Rx.

- **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros*.
  - Se explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes externos a través de nuestro plan.
  - Se incluyen reglas que debe seguir. Además, se indica qué tipos de medicamentos nuestro plan no cubre.
  - Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura de un medicamento (consulte el **capítulo 5, sección B2**), el costo que se muestra es un estimado de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.

- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - En la mayoría de los **casos**, debe acudir a una farmacia de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
  - En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran nuestras farmacias de la red. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice del capítulo 6

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB) 211

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 212

B1. ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen? 213

B2. ¿Qué sucede con los posibles casos de fraude? 213

C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D 214

D. Etapa 1: etapa de cobertura inicial 214

D1. Sus opciones de farmacia 215

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 215

D3. Lo que paga 215

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 216

E. Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica 217

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes.....217

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D 218

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse.....218

G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D 218

A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza cuando obtiene medicamentos recetados en la farmacia. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus medicamentos recetados. Incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago que su familia o amigos hayan hecho por sus medicamentos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Extra Help de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, el servicio de salud para la población indígena, los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, las organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*. Para abreviar, lo llamamos EOB. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Aquí se muestran los costos y los pagos totales de los medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información de precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde la primera dispensación inicial para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando sea aplicable, incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura para medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan para el total de sus gastos de bolsillo.
- El plan cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Para obtener más información, visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal al 1-800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados por medio de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, se proporcionan las maneras en las que puede ayudarnos:

1. Use su tarjeta de identificación del miembro.

Muestre su tarjeta de identificación del miembro cada vez que surta una receta médica. Esto nos ayuda a saber qué recetas médicas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Para solicitar el pago de un medicamento de la Parte D que un proveedor de la red recetó y que se obtuvo en una farmacia de la red, escriba a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

A continuación, se proporcionan ejemplos de situaciones en las que debería brindarnos copias de los recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene mediante un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos *nuestra* parte del costo de un medicamento, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros*.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan en su nombre.

Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las entidades de beneficencia cuentan para los gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Parte D el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos que aparecen en la lista?** ¿Coinciden con los que figuran en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico le recetó?

B1. ¿Qué sucede si encuentra errores en este resumen?

Si algo en esta EOB le resulta confuso o no parece correcto, por favor llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Dual Complete.

B2. ¿Qué sucede con los posibles casos de fraude?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio a los Miembros.
- Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal cometió fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número gratuito confidencial 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar el fraude de Medi-Cal en: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que hay algún error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros. También puede optar por consultar la **EOB** en línea en lugar de recibirla por correo. Visite kp.org/goinggreen (en inglés) y regístrese para obtener más información sobre cómo elegir ver su **EOB** de forma segura en línea. Guarde estas EOB. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

C. Etapas de pago de los medicamentos de Medicare Parte D

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D en nuestro plan. El importe que pague para cada medicamento recetado dependerá del nivel de Extra Help que reciba y de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta médica.

A continuación, se mencionan las dos etapas:

Etapa 1: etapa de cobertura inicial	Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Comienza esta etapa cuando haya pagado una determinada cantidad de gastos de bolsillo.

D. Etapa 1: etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento y del lugar donde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se incluyen en uno de estos seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para saber en qué niveles de costo compartido se encuentran sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- Costo compartido **de nivel 1** para medicamentos genéricos preferidos (en este nivel, se incluyen algunos medicamentos de marca).
- Costo compartido **de nivel 2** para medicamentos genéricos (en este nivel, se incluyen algunos medicamentos de marca).
- Costo compartido **de nivel 3** para medicamentos de marca preferidos.
- Costo compartido **de nivel 4** para medicamentos no preferidos (en este nivel, se incluyen medicamentos genéricos y de marca).
- Costo compartido **de nivel 5** para medicamentos especializados (en este nivel, se incluyen medicamentos genéricos y de marca).
- Costo compartido **de nivel 6** para vacunas de la Parte D (en este nivel, se incluyen solo medicamentos de marca).

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de dónde lo compró:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia minorista fuera de la red. En casos limitados, cubrimos medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de la red. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- El servicio de farmacia por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que paga

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta médica. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

A continuación, se detalla su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto en los siguientes lugares:

	Una farmacia minorista de la red o el servicio de pedidos por correo postal de nuestro plan	**Una farmacia de atención a largo plazo de la red**	**Una farmacia fuera de la red** La cobertura se limita a determinados casos. Consulte el **capítulo 5** para obtener detalles.
	Suministro para un mes o de hasta 100 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 30 días
Costo compartido **de nivel 1** para medicamentos genéricos preferidos	**De $0 a $5.80**, según su nivel de Extra Help		
Costo compartido **de nivel 2** para medicamentos genéricos	**De $0 a $5.80**, según su nivel de Extra Help		
Costo compartido **de nivel 3** para medicamentos de marca preferidos	**De $0 a $14.40**, según su nivel de Extra Help		
Costo compartido **de nivel 4** para medicamentos no preferidos	**De $0 a $14.40**, según su nivel de Extra Help		
Costo compartido **de nivel 5** para medicamentos especializados	**De $0 a $14.40**, según su nivel de Extra Help		
Costo compartido **de nivel 6** para vacunas de la Parte D	**$0** (el servicio de pedidos por correo postal no está disponible para los medicamentos del nivel 6)		

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.*

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial termina cuando sus gastos totales de bolsillo alcanzan los **$2,400.** En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su EOB lo ayuda a llevar un registro de cuánto pagó por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de **$2,400**. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcance el límite de **$2,400** de gastos de bolsillo para sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes

Por lo general, debe pagar un copago para cubrir un suministro de un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que quiera pedirle a su médico que le recete un suministro de medicamentos para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, no pagará el suministro completo de un mes para determinados medicamentos.

Cuando obtiene el suministro de un medicamento para menos de un mes, la cantidad que paga depende de la cantidad de días de medicamento que obtiene. Calculamos el monto que deberá pagar por día por su medicamento (la “tarifa diaria del costo compartido”) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que obtiene.

- Este es un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes (un suministro de 30 días) es de $1.35. Esto significa que el monto que paga al día por su medicamento es menos de $0.05. Si obtiene un suministro del medicamento para 7 días, su pago es de menos de $0.05 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de $0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento es adecuado para usted antes de pagar por un suministro completo de un mes.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de medicamentos para menos de un mes completo a fin de ayudarle a hacer lo siguiente:
    - planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos;
    - coordinar los resurtidos con otros medicamentos para que tenga que hacer menos visitas a la farmacia.

G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante acerca de lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Parte B. Otras se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de medicamentos.* Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Parte D sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de Medicare Parte D consta de dos partes:

1. La primera parte es el costo de la **vacuna**.
2. La segunda parte es el costo de la **aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

G1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre la vacuna.
- Podemos informarle cómo reducir sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red.
- Si no puede usar un proveedor ni una farmacia de la red, podemos indicarle los pasos a seguir para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D

El precio que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Esas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios del **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos de nuestro plan*. Quizás deba pagar un copago por las vacunas de Medicare Parte D. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** recomienda la vacuna para los adultos, la vacuna no tendrá ningún costo para usted.

A continuación, se proporcionan tres formas comunes de obtener una vacuna de Medicare Parte D.

1. Recibe la vacuna de Medicare Parte D y su inyección en una farmacia de la red.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no tendrá que pagar nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, debe pagar un copago por la vacuna.

2. Recibe la vacuna de Medicare Parte D en el consultorio de su médico y él le administra la inyección.

   - Debe pagarle un copago al médico por la vacuna.
   - Nuestro plan cubre el costo de administrarle la inyección.
   - El consultorio del médico debe llamar a nuestro plan en esta situación para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.

3. Obtiene el medicamento de la vacuna de Medicare Parte D en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.

   - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
   - Para otras vacunas de la Parte D, debe pagar un copago por la vacuna.
   - Nuestro plan cubre el costo de administrarle la inyección.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo, se indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Índice del capítulo 7

A. Solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos 221

B. Enviarnos una solicitud de pago 224

C. Decisiones de cobertura 226

D. Apelaciones 226

A. Solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Kaiser Permanente le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, es su derecho recibir un reembolso.
    - Si pagó por servicios que Medicare cubre, le reembolsaremos el dinero.
- Si pagó por los servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para recibir un reembolso si cumple con todas las siguientes condiciones:
    - El servicio que recibió está cubierto por Medi-Cal y nosotros somos responsables de pagarlo. No le reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por el plan Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible del plan Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Solicita el reembolso en un plazo de 1 año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
    - Presenta un comprobante de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
    - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de Kaiser Permanente Dual Complete. No necesita cumplir con 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 aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto normalmente requiere una aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar pruebas del proveedor que demuestren la necesidad médica del servicio cubierto.
- Kaiser Permanente Dual Complete le informará si le reembolsarán el dinero mediante una carta llamada Notificación de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle la cantidad total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, el plan Kaiser Permanente Dual Complete le devolverá la cantidad total que pagó. Le reembolsaremos en un plazo de 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no forma parte de nuestra red y se niega a devolverle el dinero, el plan Kaiser Permanente Dual Complete le devolverá el dinero, pero solo hasta el monto que Medi-Cal de pago por servicio pagaría.
  Kaiser Permanente Dual Complete le reembolsará el monto total del gasto de bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que lo brinden proveedores fuera de la red sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.

- No le reembolsaremos el dinero si ocurren las siguientes situaciones:
    - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
    - El servicio no es un servicio cubierto por Kaiser Permanente Dual Complete.
    - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que se indicaba que quería recibir atención sin importar esto y que pagaría los servicios por su cuenta.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea proporcionarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Entre algunos ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitarnos que le reembolsemos el dinero o que paguemos una factura que recibió, se incluyen los siguientes:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, solicítenos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
    - Si corresponde pagarle al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de la parte del costo que le correspondía por el servicio de Medicare, calcularemos cuánto debía pagar y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante que presente su tarjeta de identificación del miembro cuando recibe cualquiera de los servicios o surte recetas; a veces, sin embargo, los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por los servicios o le cobran un importe mayor que el que le correspondería pagar. **Llame a Servicio a los Miembros** al número que aparece en la parte inferior de esta página **si recibe alguna factura.**

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más de esa cantidad. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, usted no debe pagarlos.

- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por los servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le devolveremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debía pagar, de acuerdo con nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en el plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Lo que significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si su inscripción fue retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando surta una receta médica en una farmacia fuera de la red

Si utiliza una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total de la receta médica.

- Solo en algunos casos cubriremos recetas médicas que se surtan en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.
- Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* a fin de obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica de Medicare Parte D porque no tiene consigo la tarjeta de identificación del miembro

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación del miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede conseguir la información inmediatamente, quizás deba pagar el costo total de la receta médica o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación del miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reintegremos el dinero correspondiente a nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de la receta médica de Medicare Parte D por un medicamento que no está cubierto

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica, ya que el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no figure en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconozca o que considere que no se aplica a su caso. Si decide comprar el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
    - Si no paga el medicamento, pero considera que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*).
    - Si usted y su médico, u otro médico prescriptor, consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos pida que le reembolsemos el dinero. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro médico prescriptor para poder devolverle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento deberían cubrirse. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento deben tener cobertura, pagamos nuestra parte del costo.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*.

B. Enviarnos una solicitud de pago

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho por los servicios de Medicare. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. **Debe enviarnos su reclamo dentro de un período de 12 meses (para reclamos médicos de la Parte C) y en un período de 36 meses (para reclamos de medicamentos de la Parte D) a partir de la fecha en la que recibió el servicio.**

Para asegurarse de enviarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo para solicitar un pago. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago de las siguientes maneras:

- Complete y envíe nuestro formulario electrónico en kp.org/espanol y suba la documentación de respaldo.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (kp.org/espanol) o llame a Servicio a los Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página y solicite que le envíen el formulario. Envíe por correo el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago enviando la siguiente información a la dirección del Departamento de Reclamos que se menciona a continuación:
  - Una declaración con la siguiente información:
  - su nombre (nombre del miembro o paciente) y número de historia médica o clínica;
  - fecha en la que recibió los servicios;
  - lugar donde recibió los servicios;
  - quién le prestó los servicios;
  - por qué considera que deberíamos pagar los servicios;
  - su firma y la fecha en la que se firmó. (Si desea que alguien más presente la solicitud en su nombre, también necesitaremos un formulario *Nombramiento de representante* (Appointment of Representative) completo, disponible en kp.org/espanol);
  - una copia de la factura, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por ellos.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Planes South:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Planes North:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Para solicitar el pago de un medicamento de la Parte D que un proveedor de la red recetó y que se obtuvo en una farmacia de la red, escriba a la dirección que se indica a continuación. Para todas las demás solicitudes de la Parte D, envíe su solicitud a la dirección anterior.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, nosotros podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Es decir, decidimos si nuestro plan cubrirá el servicio, artículo o medicamento. También decidimos el monto que, de corresponder, usted debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que el plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted cumplió con todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo un cheque correspondiente a nuestra parte del costo. Si pagó el costo completo de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

En el capítulo 3 de esta *Guía para miembros*, se explican las reglas a fin de obtener cobertura para sus servicios.
En el capítulo 5 de esta *Guía para miembros*, se explican las reglas a fin de obtener cobertura para sus medicamentos de Medicare Parte D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta, también se explican sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelaciones cuenta con procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*:

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso de un medicamento, consulte la **sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, se describen sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Índice del capítulo 8

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 228

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 228

C. **Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)** 230

C1. Cómo protegemos su PHI 230

C2. Su derecho a consultar su historia clínica 231

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información 231

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente 232

F. Su derecho a darse de baja de nuestro plan 232

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 232

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones 233

G2. Su derecho a indicar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo 233

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 234

H. Su derecho a presentar quejas informales y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones 235

H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto y cómo obtener más información acerca de sus derechos 235

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 235

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de garantizarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre los tipos de proveedores que pueden actuar como su PCP y sobre cómo elegir un PCP en el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros*.

    - Llame a Servicio a los Miembros o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y saber qué médicos están aceptando pacientes nuevos.

- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin obtener un referido, así como a otros proveedores descritos en el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros*. Un referido es la aprobación de su PCP para acudir un proveedor que no es su PCP.

- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un plazo razonable.

    - Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de manera oportuna.

    - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que se requiera con urgencia sin autorización previa (prior authorization, PA).

- Tiene derecho a surtir sus recetas médicas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros*.

- Cuando se afilia por primera vez a nuestro plan, tiene derecho a conservar a sus proveedores actuales y las autorizaciones de sus servicios por un período de hasta 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar a sus proveedores y las autorizaciones de sus servicios, consulte el **capítulo 1** de esta *Guía para miembros*.

- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención.

En el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*, se explica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También se explica qué puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (personal health information, PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historia clínica y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y la limitación del uso de su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios sensibles no necesitan obtener la autorización de ningún otro miembro a fin de recibir dichos servicios ni para enviar un reclamo por servicios sensibles. Kaiser Permanente enviará las comunicaciones relacionadas con servicios sensibles a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativos que el miembro designó o, si no designó ninguno, a nombre del miembro a la dirección o número de teléfono registrados. Kaiser Permanente no divulgará información médica que esté relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización escrita del miembro que recibe la atención. Kaiser Permanente atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato que se haya solicitado, si es que puede hacerse oportunamente en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud del miembro de mantener comunicaciones confidenciales con respecto a los servicios sensibles será válida hasta que el miembro retire la solicitud o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Los miembros pueden solicitar comunicaciones confidenciales completando un formulario de solicitud de comunicaciones confidenciales, que está disponible en kp.org/espanol en *Formularios de solicitud de comunicaciones confidenciales* (Request for confidential communications forms).

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda ver ni modificar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos la PHI a ninguna persona que no le brinde atención o que no pague por su atención. Si lo hacemos, antes debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede otorgar un permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener su autorización por escrito de antemano. Las siguientes excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar la PHI si así lo ordena un tribunal, pero solo si la ley de California lo permite.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de Medicare Parte D. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su historia clínica

- Usted tiene derecho a consultar su historia clínica y a obtener una copia de sus registros. Es posible que le cobremos una tarifa por hacer una copia de su historia clínica.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicio a los Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre el plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para pedir un intérprete, llame a Servicio a los Miembros. El servicio es gratuito para usted. Este documento está disponible en árabe, armenio, camboyano, chino, persa, hmong, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita, llamando a Servicio a los Miembros. También podemos brindarle información en letra grande, braille, archivo de audio o archivo de datos.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicio a los Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan.
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
  - información financiera;
  - cómo nos calificaron los miembros del plan;
  - la cantidad de apelaciones que los miembros presentaron;
  - cómo darse de baja de nuestro plan.
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluido lo siguiente:
  - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria;
  - las calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red;
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.

- Los servicios y medicamentos cubiertos, incluido lo siguiente:
  - los servicios (consultar los **capítulos 3 y 4** de esta *Guía para miembros*) y los medicamentos (consultar los **capítulos 5 y 6** de esta *Guía para miembros*) cubiertos por nuestro plan;
  - los límites de su cobertura y de sus medicamentos;
  - las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos.
- Por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto (consultar el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*), incluido solicitarnos que hagamos lo siguiente:
  - explicar por escrito por qué algo no tiene cobertura;
  - cambiar una decisión que tomamos;
  - pagar una factura que recibió.

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden exigirle que pague los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle la diferencia ni cobrarle si pagamos menos del monto que el proveedor cobró. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros*.

F. Su derecho a darse de baja de nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no quiere hacerlo.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención para la salud a través de Original Medicare o de otro plan de Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte D a través de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.
- Consulte el **capítulo 10** de esta *Guía para miembros* a fin de obtener lo siguiente:
  - más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de MA o en un plan de beneficios de medicamentos;
  - más información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección y las opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si los médicos le recomiendan que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le negamos o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina una decisión de cobertura. **En el capítulo 9** de esta *Guía para miembros* se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a indicar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Complete un formulario por escrito **en el que autorice a otra persona a tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre** si alguna vez usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Dé instrucciones **por escrito a sus médicos** sobre cómo desea que gestionen su atención médica, incluida la atención que no desea recibir, en caso de no ser capaz de tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que se utiliza para dar sus indicaciones se llama “instrucciones anticipadas”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes maneras de llamarlas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No es obligación contar con una instrucción anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar instrucciones anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de materiales para oficina. Las farmacias y los consultorios médicos a menudo tienen los formularios. También puede encontrarlo en línea y descargarlo gratis. También puede comunicarse con el Servicio a los Miembros para solicitar el formulario.
- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un miembro de la familia o su Médico de atención primaria, lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a quienes deban tenerlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Se aconseja entregar copias a algunas amistades cercanas o familiares. Conserve una copia en su hogar.
- Si lo van a hospitalizar y ya firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.
    - En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
    - Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital habrá formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus registros médicos.
- Modificar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas.
  Kaiser Permanente Dual Complete le informará sobre cualquier cambio en la ley estatal no más de 90 días después de que este suceda.

Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firma un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja informal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que aparece en el **capítulo 2, sección F**, de esta *Guía para miembros.*

H. Su derecho a presentar quejas informales y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros,* le explicamos lo que puede hacer en caso de tener algún problema o alguna duda acerca de su cobertura de servicios o atención. Por ejemplo, puede pedir que tomemos una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura o presentar una queja informal.

Tiene derecho a obtener información acerca de las apelaciones y quejas informales que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicio a los Miembros para obtener esa información.

H1. Qué hacer con respecto a un trato injusto y cómo obtener más información acerca de sus derechos

Si considera que lo tratamos de manera injusta, pero su queja **no** está relacionada con la discriminación por los motivos mencionados en el **capítulo 11** de la *Guía para miembros*, o desea obtener más información acerca de sus derechos, puede comunicarse con las siguientes entidades:

- Servicio a los Miembros.
- El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener información más detallada acerca del HICAP, consulte la **sección E** del **capítulo 2** de esta *Guía para miembros*.
- Defensor general de los derechos (del paciente) de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para obtener información más detallada acerca de este programa, consulte el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros*.
- Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare” desde el sitio web de Medicare: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de realizar las acciones que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

- **Leer esta *Guía para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y conocer las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
  - Servicios cubiertos, consulte los **capítulos 3 y 4** de esta *Guía para miembros*. En esos capítulos, se le informa qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
  - Medicamentos cubiertos, consulte los **capítulos 5 y 6** de esta *Guía para miembros*.

- **Informarnos si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos**. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicio a los Miembros si tiene otra cobertura.

- **Decirle a su médico y a otros proveedores de atención médica** que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación del miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.

- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.

    - Bríndeles la información necesaria acerca de usted y de su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus proveedores.

    - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores de atención médica estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.

    - Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Trabajar con su coordinador de atención** para completar una valoración de riesgos de salud anual.

- **Sear considerado.** Se espera que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También se espera que se comporte con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en consultorios de otros proveedores.

- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, es su responsabilidad pagar lo siguiente:

    - Primas de Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de Kaiser Permanente Dual Complete, Medi-Cal paga la prima de Medicare Parte A y Medicare Parte B.

    - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo del porcentaje que le corresponde cuando los recibe. En el **capítulo 6**, se le informa qué debe pagar por sus medicamentos.

    - Si **recibe servicios o medicamentos que nuestro plan no cubre, deberá pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).

- **Decirnos si cambia de domicilio.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicio a los Miembros.
    - **Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir en el plan.** Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan. **En el capítulo 1** de esta *Guía para miembros* , se le informa sobre nuestra área de servicio.
    - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
    - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. En el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros* encontrará los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
    - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su expediente de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
    - **Si cambia de domicilio, debe informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **Decirnos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio a los Miembros para obtener ayuda.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja informal (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas informales)

Introducción

En este capítulo, encontrará información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer en los siguientes casos:

- Tiene un problema o una queja informal acerca de su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó el plan sobre su atención.
- Considera que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja informal con respecto a sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y servicios en centros de enfermería (Nursing Facility, NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a ubicar fácilmente lo que esté buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar a un defensor general de los derechos (del paciente) de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077 para obtener ayuda**. En este capítulo se explican las diferentes opciones que tiene para los distintos problemas y quejas informales, pero siempre puede llamar a un defensor general de los derechos (del paciente) para recibir ayuda. Para obtener recursos adicionales que aborden sus inquietudes y conocer las formas de comunicarse con ellos, consulte el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros*.

Capítulo 9 Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 241

A1. Información sobre los términos legales 241

B. Dónde obtener ayuda 241

B1. Dónde obtener información y ayuda.....241

C. Información sobre quejas informales y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan 243

D. Problemas con sus beneficios 243

E. Apelaciones y decisiones de cobertura 244

E1. Decisiones de cobertura 244

E2. Apelaciones 244

E3. Ayuda con las decisiones sobre cobertura y las apelaciones 245

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle 246

F. Atención médica 246

F1. Cómo utilizar esta sección 246

F2. Cómo pedir una decisión de cobertura 247

Decisión normal sobre la cobertura 248

Decisión rápida de cobertura 248

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 250

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 253

F5. Problemas con el pago 259

G. Medicamentos de Medicare Parte D 260

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D 260

G2. Excepciones de Medicare Parte D 261

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones 263

G4. Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción 264

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 266

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 268

H. Cómo puede pedirnos que cubramos una hospitalización más larga 270

H1. Información sobre sus derechos de Medicare 270

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 271

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 273

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos 274

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura 275

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1 275

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2 277

J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2 278

J1. Siguientes pasos para recibir servicios y artículos de Medicare 278

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal 279

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D 279

K. Cómo presentar una queja informal 280

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas informales 280

K2. Quejas informales internas 282

K3. Quejas informales externas 283

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice uno de los procesos para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas informales** (también denominadas quejas formales).

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Información sobre los términos legales

En este capítulo, encontrará términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos lo siguiente:

- “Presentar una queja informal” en vez de “presentar una queja formal”.
- “Decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida de cobertura” en vez de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión independiente” (Independent Review Organization, IRO) en vez de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Dónde obtener información y ayuda

A veces, es confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. En especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga la información necesaria para seguir adelante.

Recibir ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que lo ayuden a solucionar un problema o respondan a sus preguntas.

Ayuda por parte del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico

Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1-800-434-0222. También puede visitar su sitio web en https://www.aging.ca.gov/HICAP/. Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer con su problema. El HICAP no tiene relación con nosotros, ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. El HICAP cuenta con consejeros capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos.

Ayuda por parte del Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente (Ombudsman Program) de Medicare y Medi-Cal

Puede llamar al Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal y hablar con un defensor sobre las preguntas que tenga acerca de la cobertura de salud. Quizás puedan ofrecer ayuda legal gratuita. El Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono es 1-855-501-3077 y su sitio web es healthconsumer.org/es/.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener ayuda e información, puede comunicarse con Medicare. Hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- llame al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- visite el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Ayuda por parte del Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California

El defensor general de los derechos (del paciente) de la atención médica administrada por Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California puede ayudar. Pueden ayudar si tiene problemas para inscribirse a un plan de salud, cambiarlo o dejarlo. También pueden ayudar si cambió su lugar de residencia y tiene dificultades para que Medi-Cal se transfiera al nuevo condado. Puede llamar a un defensor general de los derechos (del paciente) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

Ayuda por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California (Department of Managed Health Care, DMHC) para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es **1-888-466-2219**. Las personas sordas y con dificultades auditivas o con deficiencias del habla pueden utilizar el número **TDD sin costo**, **1-877-688-9891**. También puede visitar el sitio web del DMHC **www.dmhc.ca.gov**.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-443-0815 (TTY 711)** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. El seguimiento de este procedimiento de quejas formales no anula ningún posible 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 ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). De ser así,

según el proceso de revisión médica independiente, se hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentren en investigación, y las disputas sobre pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también cuenta con una **línea telefónica gratuita** (**1-888-466-2219**) and a **TDD line** (**1-877-688-9891**) para las personas con deficiencias auditivas o con deficiencias del habla. En el sitio web en línea del Departamento, **www.dmhc.ca.gov**, podrá encontrar formularios de quejas informales, formularios de solicitud para revisiones médicas independientes (IMR) e instrucciones en línea.

C. Información sobre quejas informales y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no pueden combinarse. En esas situaciones, debe utilizar un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o quejas informales.

¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o la cobertura? Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B), la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **sección E,** “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la **sección K,** “Cómo presentar una queja informal”.

E. Apelaciones y decisiones de cobertura

El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar una apelación se utiliza para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para evitar confusiones, por lo general nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como atención médica. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para problemas, como cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura, o el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que Medicare o Medi-Cal ya no se lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, puede “apelar” esta decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando presenta una apelación por primera vez, se le denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para verificar si se siguieron todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación.

En la mayoría de los casos, deberá iniciar su apelación de Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y requiere una decisión más rápida, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California en www.dmhc.ca.Gov. Consulte la **sección F4** para obtener más información.

Una vez que completemos la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación acelerada” de una decisión de cobertura.

Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de atención médica de Medicare, en la carta se informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o Medicaid, en la carta se informará cómo presentar una apelación de Nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 2.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, podría continuar presentando otros niveles de apelaciones.

E3. Ayuda con las decisiones sobre cobertura y las apelaciones

Puede solicitar la ayuda de los siguientes organismos:

- **Servicio a los Miembros** al número que aparece al final de la página.
- **Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California** (DMHC) para obtener ayuda sin costo. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones relacionadas con los servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es 1-888-466-2219. Las personas sordas y con dificultades auditivas o con deficiencias del habla pueden utilizar el número TDD sin costo, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC www.dmhc.ca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas con planes administrados por Medi-Cal, no puede ayudar a las personas con planes de Medicare únicamente en los siguientes Sistemas de Salud Organizados por el Condado (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula los planes de Medicare, y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud regula los planes de COHS.
- **Su médico y otros proveedores**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre.
- **Un amigo o familiar**. Puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a tener un abogado, pero **este no es necesario** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Llame a su abogado o busque uno en el colegio local de abogados o a través de otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales sin costo si califica.
    - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa de Defensoría General de los Derechos del Paciente de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante, deberá completar el formulario *Nombramiento de representante* (Appointment of Representative). El formulario le da permiso a otra persona para que actúe en su nombre.

Llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. También puede encontrar el formulario en el sitio web www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que se relacionan con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que se aplique a su caso:

- **Sección F**: “Atención médica”
- **Sección G**: “Medicamentos de Medicare Parte D”
- **Sección H**: “Cómo puede pedirnos que cubramos una hospitalización más larga”
- **Sección I**: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (esta sección solo aplica a los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio a los Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página. También puede recibir ayuda e información por parte de organizaciones gubernamentales, como su Programa de asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (**en el capítulo 2, sección C,** de esta *Guía para miembros*, encontrará los números de teléfono del programa).

F. Atención médica

En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo de su atención que nos corresponda pagar. Para obtener más información acerca de cómo solicitar una hospitalización más larga, consulte la **sección H**.

En esta sección, se habla acerca de los beneficios para atención médica que se describen en la Tabla de beneficios del **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*. En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento de Medicare Parte B. Cuando esto suceda, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de Medicare Parte B difieren de las que aplican a los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos atención médica que necesita, pero no la recibe.

   Lo que puede hacer: puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la **sección F2.**

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Lo que puede hacer: puede apelar esta decisión. Consulte la **sección F3**.

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagaremos.

   Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **sección F5**.

4. Recibió y pagó atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

   Lo que puede hacer: puede solicitarnos un reembolso. Consulte la **sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría causar daños a su salud.

   Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **sección F4.**

   - Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, se aplican reglas especiales. Consulte la **sección H** o la **sección I** para obtener más información.
   - Para cualquier otra situación en la que se reduzca o suspenda la cobertura de cierta atención médica, utilice esta sección (**sección F**) como guía.

6. Experimenta demoras en la atención o no puede localizar a un médico.

   Lo que puede hacer: puede presentar una queja informal. Consulte la **sección K2.**

F2. Cómo pedir una decisión de cobertura

> Cuando la decisión de cobertura se relaciona con la atención médica, se denomina **determinación integrada de la organización.**

Usted, su médico o su representante pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por llamada: al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión rápida, llame a la Unidad de revisiones aceleradas al 1-888-987-7247, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Por fax: 1-888-987-2252.
- Por escrito:
  - En el caso de una decisión normal sobre la cobertura o una queja informal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer su ubicación).

- Para apelaciones normales, escriba a la dirección que aparece en la notificación de denegación que recibió. Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión rápida, escriba a:

  Kaiser Permanente
  Expedited Review Unit
  P.O. Box 1809
  Pleasanton, CA 94566

Decisión normal sobre la cobertura

Utilizamos un plazo “normal” para tomar nuestra decisión, a menos que acordemos responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le damos una respuesta dentro de los siguientes plazos:

- **5 días hábiles** después de que recibamos su solicitud de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa.
- **5 días hábiles** y no más de **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud de **cualquier otro servicio o artículo médico**.
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un **medicamento de Medicare Parte B**.

Para un servicio o artículo médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si le pedimos más tiempo o si necesitamos obtener más información que lo pueda beneficiar (como sus registros médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito. **No podemos demorar más días si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.**

Si cree que **no deberíamos** demorar más días, puede presentar una “queja informal acelerada” acerca de nuestra decisión. Si presenta una queja informal acelerada, le responderemos dentro de un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja informal, incluidas quejas informales aceleradas, consulte la **sección K**.

Decisión rápida de cobertura

> **El término legal que se utiliza** para una decisión rápida de cobertura es **determinación acelerada.**

Cuando nos solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de los siguientes plazos:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de **un servicio o artículo médico**.
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud de **un medicamento de Medicare Parte B**.

Para un servicio o artículo médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si consideramos que falta información que lo pueda beneficiar (como sus registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtener la información que solicitamos para la revisión. Si necesitamos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito. **No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.**

Si cree que **no deberíamos** demorar más días para la decisión de cobertura, puede presentar una "queja informal acelerada" acerca de nuestra decisión. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja informal, incluida una queja informal acelerada, consulte la **sección K**.
Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.

Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- Solicita cobertura para servicios o artículos médicos que **no recibió.** No puede solicitar una decisión rápida de cobertura acerca del pago de un servicio o artículo que ya recibió.
- El uso de los plazos normales **podría causar daños graves a su salud** o a su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.

Le daremos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura o no.

- Si determinamos que su salud no reúne los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta con una explicación y, en cambio, utilizaremos el plazo normal. En la carta se indicará lo siguiente:
- Que le brindaremos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una "queja informal acelerada" acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión acelerada de cobertura que solicitó. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja, incluida una queja acelerada, consulte la **sección K**.

Si decidimos rechazar una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos.

- Si decidimos **rechazarla**, tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **sección F3**).

En circunstancias limitadas, es posible que rechacemos una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. A continuación, se presentan ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud:

- si la solicitud está incompleta;
- si otra persona presenta una solicitud en su nombre pero no tiene autorización legal para hacerlo;
- si usted pide que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explique cuáles fueron los motivos y cómo puede solicitar una revisión del rechazo. A esta revisión se la llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para comenzar un proceso de apelación relacionado con un servicio o artículo médico denegado o continuar un servicio o artículo que ya está recibiendo, usted, su médico o un representante autorizado debe comunicarse con nosotros. Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Solicite una apelación normal o una apelación acelerada por escrito o por teléfono al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Si su médico u otro proveedor médico pide la continuación de un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un formulario *Nombramiento de representante* (Appointment of Representative) que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario desde www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o desde nuestro sitio web kp.org/espanol.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
    - Desestimaremos su solicitud.
    - Le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la IRO que revise nuestra decisión.
- Debe solicitar una apelación dentro del plazo de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia sin costo de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada.

> El término legal que se utiliza para una "apelación acelerada" es **"reconsideración acelerada".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico pueden solicitar una apelación acelerada.

Le daremos automáticamente una apelación acelerada de cobertura si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si obtiene una apelación acelerada o no.

- Si determinamos que su salud no reúne los requisitos para una apelación acelerada, le enviaremos una carta con una explicación y usaremos el plazo normal. En la carta se indicará lo siguiente:
- Que le brindaremos automáticamente una apelación acelerada si su médico la solicita.
- Cómo puede presentar una "queja informal acelerada" acerca de nuestra decisión de brindarle una apelación normal en vez de una apelación acelerada. Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja informal, incluida una queja informal acelerada, consulte la **sección K.**

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda seguir recibiendo esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviaremos una notificación antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o hasta la fecha efectiva prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
- También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- Si no presenta la apelación antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de atención médica.
- Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- De ser necesario, recopilamos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para las apelaciones aceleradas.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.** Si decidimos rechazar una apelación acelerada, le daremos a usted, a su médico, a su médico prescriptor o a su representante una confirmación verbal de la negación.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2. Incluimos información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.
- **Si decidimos aceptar una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro del plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación o antes si su salud lo requiere.
- **Si decidimos rechazar una parte o la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Existen plazos para las apelaciones normales.

- Si empleamos plazos normales, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B que no recibió, le responderemos **dentro de un plazo de siete días calendario** después de haber recibido su apelación o antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta antes del plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Más adelante en este capítulo, le informaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2. Incluimos información más adelante en este capítulo. No presentamos automáticamente una apelación de Nivel 2 para usted por servicios o artículos de Medi-Cal.

Si decidimos aceptar a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan pronto como lo requiera su afección médica y en el plazo de 72 horas posteriores a la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o en un plazo de siete días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.

Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su solicitud, **tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se informará cómo presentar una apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta, se le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** generalmente cubre, puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indica cómo hacerlo. Incluimos información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente recibe una apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la apelación automática del Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia Estatal y una revisión médica independiente al estado. Sin embargo, la revisión médica independiente no está disponible si ya presentó pruebas en una Audiencia Estatal.

Si usted calificaba para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **sección F3** para obtener información acerca de cómo continuar sus beneficios durante una apelación de Nivel 1.

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro del plazo de 10 días calendario después de la recepción de la carta con nuestra decisión.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

> El nombre formal de la Organización de revisión independiente (IRO) es **Entidad de revisión independiente,** también conocida como **IRE.**

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su "expediente del caso") a esta organización. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia sin costo del expediente del caso.
- Tiene derecho a facilitar a la IRO información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada de Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación acelerada de Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación acelerada de Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a haberla recibido.

Si presentó una apelación normal de Nivel 1, también tendrá una apelación normal de Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación normal de Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación normal de Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a haberla recibido.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** posteriores a haberla recibido.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de su solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión de inmediato:
    - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas;**
    - brindar el servicio dentro de un plazo de **14 días hábiles** luego de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes normales;**
    - brindar el servicio **dentro de un plazo de 72 horas** después de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Parte B en disputa dentro de los siguientes plazos:**
    - **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la IRO para **solicitudes normales**;
    - **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en la que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas.**

- **Si la IRO se niega a la totalidad o a parte de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.
- Si su caso cumple con los requisitos, usted escoge si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.
- Después del nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelación, lo que suma un total de cinco niveles.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelaciones, debe decidir si avanza al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) estará a cargo de la apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre:

Existen dos formas de presentar una apelación de Nivel 2 para los servicios y artículos de Medi-Cal: (1) presentar una queja informal o solicitar una revisión médica independiente, o (2) solicitar una Audiencia Estatal.

(1) Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC)

Puede presentar una queja informal o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) en el Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar una queja informal, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC realizará su propia investigación de su queja informal o decidirá si el caso califica para una IMR. Una IMR puede estar disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan o del DMHC. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o artículo que solicitó. No paga costos por una IMR.

Puede presentar una queja informal o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque determina que no es necesario desde el punto de vista médico.
- No cubre un tratamiento experimental o de investigación de Medi-Cal para una condición médica grave.
- Disputa si un servicio o una intervención quirúrgica fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará los servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.
- No ha resuelto su apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal en el plazo de 30 días calendario para una apelación normal o de 72 horas, o antes para una apelación acelerada, si su salud lo requiere.

En la mayoría de los casos, debe presentarnos una apelación antes de solicitar una IMR. Consulte la **sección G5** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un formulario de solicitud de IMR o queja al DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario *Nombramiento de representante* (Appointment of Representative), deberá volver a presentarnos su apelación antes de que pueda solicitar una IMR de Nivel 2 al DMHC, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, que incluya, entre otros, el dolor intenso, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función importante del organismo.

Puede solicitar una IMR y una Audiencia Estatal, pero no puede presentar una IMR si ya presentó pruebas en una Audiencia Estatal o tuvo una Audiencia Estatal sobre el mismo tema.

Si se denegó su tratamiento porque era experimental o de investigación, no tiene que participar en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentarlo de inmediato al DMHC sin pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Deberá **solicitar una IMR en un plazo máximo de seis meses** después de que hayamos enviado por escrito una decisión de su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de seis meses por una buena razón, como por ejemplo, que tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR en el plazo de seis meses o que no recibió un aviso adecuado de parte nuestra sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja informal o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de IMR o queja disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si tiene copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos, adjúntelas. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
- Si alguien lo está ayudando con su IMR, deberá completar el formulario de asistente autorizado. Puede obtener el formulario en www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llamar al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el formulario de IMR o queja y cualquier archivo adjunto al DMHC en línea, en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.
- Envíe el formulario por correo postal o fax:

  Centro de Ayuda
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  Fax: 1-916-255-5241

En un plazo de siete días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 45 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y califica para una IMR, generalmente se tomará una decisión sobre una IMR dentro de los siete días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede tomar más tiempo si el DMHC no recibe todos los registros médicos necesarios de parte suya o del médico tratante. Si acude a un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que le pida sus registros médicos y nos los envíe. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus registros médicos de los médicos dentro de la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para una IMR, revisará su caso a través de su proceso regular de quejas informales del consumidor. Su queja informal debe resolverse en el plazo de 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja informal es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos o si no continuaremos pagando un servicio o artículo que ya tiene y decidimos rechazar su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene un plazo de 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** luego de que se le envíe la “Carta de decisión sobre la apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le informamos que un servicio que recibe en la actualidad se cambiará o suspenderá, **usted tiene menos días para presentar su solicitud** si desea continuar recibiendo el servicio mientras su Audiencia Estatal está pendiente. Consulte la **sección F4** para obtener información acerca de si sus beneficios continúan durante una apelación de Nivel 2.

Puede solicitar una Audiencia Estatal de las siguientes maneras:

- En línea en www.cdss.ca.Gov.
- Por teléfono: llame al 1-800-743-8525. Es posible que la línea telefónica esté muy ocupada y escuche un mensaje en el que se le pida que vuelva a llamar más tarde. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame a la línea TTY/TDD al 1-800-952-8349.
- Por escrito: complete un formulario para solicitar una Audiencia Estatal o escriba una carta. Envíelos por correo postal o fax a:
- Correo postal: California Department of Social Services State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax: (916) 309-3487 o línea telefónica gratuita al 1-833-281-0903.

- Puede completar la “Solicitud de Audiencia Estatal” en el reverso de la Notificación de acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social o de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN) y la razón por la cual solicita una Audiencia Estatal. Si otra persona le ayuda a solicitar una Audiencia Estatal, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, informe a la División de Audiencias Estatales el idioma que habla. Usted no tendrá que pagar por los servicios del intérprete. La División de Audiencias Estatales se los proporcionará. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias Estatales puede obtener adaptaciones especiales sin costo para ayudarle a participar en la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y la adaptación que necesita.

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal ni la IMR.

Tiene derecho tanto a una Audiencia Estatal como a una IMR. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y esta ya se llevó a cabo, no puede solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva. Las decisiones de beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de la IMR.

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

Kaiser Permanente no está a cargo de las quejas informales ni las apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar quejas informales y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273 y presione 5 o 711). Sin embargo, las quejas informales y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una revisión médica independiente. Si no está de acuerdo con la decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una Audiencia Estatal.

Los artículos y servicios que recibe en virtud del Programa de Apoyos Comunitarios (Community Supports Program) no califican para una IMR.

La División de Audiencias Estatales le entregará su decisión por escrito y explicará sus motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales **acepta** una parte o la totalidad de su solicitud para un artículo o servicio médico, debemos autorizar o brindar el servicio o artículo **dentro de un plazo de 72 horas** después de haber recibido su decisión.

- Si la División de Audiencias Estatales **se niega** a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella). Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si la IRO y la decisión de la Audiencia Estatal **niegan** la totalidad o parte de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **IRO**, puede volver a apelar solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador estará a cargo de una apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los otros derechos de apelación que puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **sección J** para obtener más información acerca de sus derechos de apelación de Nivel 2.

F5. Problemas con el pago

No permitimos que los proveedores de la red le facturen servicios y artículos cubiertos. Esto es así aun en el caso de que al proveedor le paguemos menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que deberá pagar es el costo compartido que se describe en la Tabla de beneficios del **capítulo 4** (si pierde la cobertura completa de Medi-Cal) o en el **capítulo 6** (para otros medicamentos).

Si recibe una factura que supera el monto de su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos encargaremos del problema de facturación. Si paga la factura, puede obtener un reembolso por parte de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros.* Describe situaciones en las que quizás deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. Allí, también se explica cómo debe enviar la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo habitual de 30 días calendario, y siempre antes de los 60 días calendario, luego de haber recibido su solicitud.
- Si aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Si le enviamos un pago, quiere decir que **aceptamos** su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelación que se describe en la **sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos responderle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.

Si decidimos **rechazar** su apelación y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y determina que debemos pagarle, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se **acepta** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor de atención médica el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

- Si la IRO **niega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”. Recibirá una carta que explique cualquier otro derecho de apelación que pueda tener. Consulte la **sección J** para obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si decidimos **rechazar** su apelación y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación Nivel 2. Consulte la **sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de Medicare Parte D

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan, se incluye la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de ellos son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que Medicare Parte D no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones relacionadas con medicamentos de Medicare Parte D.** En adelante, utilizaremos el término “medicamento” en el resto de esta sección para referirnos a “medicamentos de Medicare Parte D”.

Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Parte D

Vea a continuación ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de Medicare Parte D:

- Puede pedirnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura, incluidas las siguientes:

    - cubrir un medicamento de Medicare Parte D que no esté en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan;

    - reservar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (tal como el límite en la cantidad que puede obtener).

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

> Una decisión inicial de cobertura de sus medicamentos de Medicare Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto exige una decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla que se encuentra a continuación como ayuda.

¿Cuál de las siguientes situaciones se aplica a su caso?

Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (tal como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **sección G2** y, luego, consulte las **secciones G3 y G4**.	**Puede solicitarnos una decisión de cobertura.** Consulte la **sección G4**.	**Puede solicitarnos un reembolso.** (Es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la **sección G4**.	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la **sección G5**.

G2. Excepciones de Medicare Parte D

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Si rechazamos su solicitud de excepción, puede presentar una apelación a nuestra decisión.

Si solicita que se haga una excepción, su médico o médico prescriptor debe explicar los motivos médicos por los cuales la necesita.

> Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción a veces se denomina **"excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles".**
>
> Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina **excepción de nivel**.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico o su médico prescriptor pueden solicitar:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, deberá pagar el copago que aplica a todos nuestros medicamentos.
- No puede obtener una excepción al monto del copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar la restricción para un medicamento cubierto

- Existen reglas y restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* si desea obtener más información).
- Entre las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos, se incluyen las siguientes:
    - Requerir que se use la versión genérica de un medicamento en vez del medicamento de marca.
    - Obtener nuestra aprobación previa, antes de que aceptemos cubrir un medicamento. A veces, esto se denomina "autorización previa (Prior authorization, PA)".
    - Límites de cantidad. Algunos medicamentos están sujetos a restricciones en la cantidad que puede recibir.
- Si aceptamos hacer una excepción y reservar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago que deba pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* se incluyen en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, entre más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto del copago requerido.

- A menudo, nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su condición médica está en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
    - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de productos biológicos para su afección.
    - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido correspondiente al nivel más bajo de alternativas de marca para su afección.
    - Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos que lo cubramos por el monto de costo compartido para el nivel más bajo de alternativas de marca o genéricas para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de nivel 5 (medicamentos para uso especializado).ecializado).
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costo compartido con los medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente deberá pagar el monto más bajo.

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones

Su médico o cualquier otro médico prescriptor debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro médico prescriptor debe enviarnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional prescriptor al solicitar la excepción.

A menudo, nuestra *Lista de Medicamentos* incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Se llaman medicamentos “alternativos”. En general, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles menores de costo compartido no funcionen tan bien para usted o sea probable que le causen una reacción negativa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si decidimos **aceptar** su solicitud de excepción, esta decisión generalmente dura hasta que finaliza el año calendario. Así será siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si **rechazamos** su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **sección G5** para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación en el caso de que la **rechacemos.**

En la siguiente sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Pida la clase de decisión sobre la cobertura que desee llamando a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), por escrito o por fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional prescriptor) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro médico prescriptor) o su representante pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **sección E3** para conocer cómo puede designar a una persona como su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su médico o médico prescriptor para que soliciten una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **capítulo 7** de esta *Guía para miembros*.
- Si solicita una excepción, deberá presentar una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye los motivos por los que su médico o médico prescriptor solicitan la excepción.
- Su médico o médico prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o por correo postal. También puede informarnos por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o correo postal.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “decisión rápida de cobertura”.

Usamos los “plazos normales”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión normal sobre la cobertura** significa que le responderemos dentro de un plazo de 72 horas luego de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le responderemos dentro de un plazo de 24 horas luego de que recibamos la declaración de su médico.

> Una “decisión rápida de cobertura” se denomina **“determinación acelerada de cobertura”.**

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si:

- La decisión de cobertura es sobre un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya compró.
- Su salud o sus funciones se verían gravemente perjudicadas si utilizamos los plazos normales.

Si su médico o médico prescriptor nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura, revisaremos su solicitud en el plazo de decisión rápida de cobertura. Le enviaremos una carta con esta información.

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico o médico prescriptor, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura o no.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos normales en su lugar.
    - Le enviaremos una carta para informarle que usaremos el plazo normal. La carta también le indicará cómo presentar una apelación a nuestra decisión.
    - Puede presentar una queja informal acelerada y obtener una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal, incluida una queja informal acelerada, consulte la **sección K**.

Plazos para una decisión acelerada de cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, le daremos cobertura dentro de un plazo de 24 horas luego de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decidimos **rechazar** una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también le dirá cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión normal sobre la cobertura acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si usamos los plazos normales, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, le daremos cobertura dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decidimos **rechazar** una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión normal de la cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si decidimos **rechazar** una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos. La carta también le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

> Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de Medicare Parte D se denomina una **"redeterminación"** del plan.

- Para comenzar el proceso de **apelación normal o acelerada** llame al 1-866-206-2973 o comuníquese por escrito o por fax. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional prescriptor) pueden hacer esto. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro del plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Algunas buenas razones incluyen asuntos como que tuvo una enfermedad grave o le dimos información incorrecta sobre el plazo. Explique la razón por la cual su apelación está retrasada cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos una copia sin costo de toda la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden presentarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada.

> Una apelación acelerada también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico o médico prescriptor deciden si necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para una apelación acelerada son los mismos que los de una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **sección G4** para obtener más información.

Consideraremos su apelación y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Revisamos para determinar si hemos seguido las normas al momento de **rechazar** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro médico prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación acelerada de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
    - Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proveer la cobertura que acordamos brindar dentro del plazo de 72 horas luego de haber recibido su apelación.
- Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos y le informe cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación normal de Nivel 1

- Si empleamos plazos normales, debemos responderle **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere. Si considera que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una apelación acelerada.
    - Si no le comunicamos una decisión en el plazo de siete días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 2.

Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos brindar tan pronto como lo requiera su estado de salud, siempre **antes de los 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación.
- Debemos **enviare el pago** por un medicamento que compró **dentro de un plazo de 30 días calendario** luego de haber recibido su apelación.

Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos enviarle una carta que explique los motivos y le informe cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta acerca del reembolso por un medicamento que compró **dentro de un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si no tomamos una decisión dentro de esos 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Después, una IRO la revisa. Consulte la **sección G6** para obtener información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decidimos **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si decidimos **rechazar** una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explique los motivos y le informe cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si decidimos **rechazar** su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisará nuestra decisión de **rechazar** su primera apelación. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

> El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” (IRO) es **“Entidad de revisión independiente”,** también conocida como la **“IRE”.**

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro médico prescriptor deberán comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión del caso.

- Si decidimos **rechazar** su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta que incluya **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la IRO. En las instrucciones se le explica quiénes pueden presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Si presenta una apelación ante la IRO, enviaremos toda la información que tengamos sobre su apelación a la entidad. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia sin costo del expediente del caso**. Si necesita ayuda para solicitar una copia del expediente del caso, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815.

- Tiene derecho a facilitar a la IRO información adicional que respalde su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de Medicare Parte D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación acelerada de Nivel 2

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada.

- Si la organización acepta su solicitud de una apelación acelerada, deberá darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de haberla recibido.
- Si deciden **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de un plazo de 24 horas** luego de haber recibido la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación normal de Nivel 2

Si tiene una apelación normal de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación por un medicamento que no recibió.
- **En un plazo de 14 días calendario** luego de haber recibido su apelación de reembolso por un medicamento que compró.

Si la IRO decide **aceptar** una parte o la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionarle la cobertura de medicamento aprobada **dentro de un plazo de 72 horas** luego de haber recibido la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido la decisión de la IRO.
- Si la IRO decide **rechazar** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “respaldar la decisión” o “denegar la apelación”.

Si la IRO decide **rechazar** su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.

- Si la IRO decide **rechazar** su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, deberá:
    - decidir si desea presentar una apelación de Nivel 3;
    - consultar la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Un ALJ o un abogado adjudicador estará a cargo de la apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo puede pedirnos que cubramos una hospitalización más larga

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.

Durante su hospitalización cubierta, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que se le dé el alta hospitalaria. Ellos también se encargan de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted sale del hospital se conoce como la “fecha de alta hospitalaria”.
- Su médico o el personal del hospital le comunicarán su fecha de alta hospitalaria.

Si considera que el médico le da el alta antes de tiempo o le preocupa la atención después de dejar el hospital, puede pedir que se extienda su hospitalización. En esta sección, se explica cómo puede solicitarlo.

Sin perjuicio de las apelaciones analizadas en esta **sección H**, también puede presentar una queja informal y solicitar al DMHC una revisión médica independiente para continuar con su hospitalización. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente. Puede solicitar una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de un plazo de dos días calendario luego de su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como un enfermero o un trabajador social, le dará un aviso por escrito llamado “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son hospitalizadas.

Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** cuidadosamente y pregunte si no entiende algo. El aviso le informará acerca de sus derechos como paciente del hospital, entre los que se incluyen los siguientes:
    - recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización; tener derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos;
    - ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización;
    - saber dónde acudir o con quién comunicarse si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria;
    - apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Deberá firmar el aviso** para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.
    - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
    - Firmar el aviso demuestra **únicamente** que ha recibido la información sobre sus derechos. Su firma **no significa** que usted acepta una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia** del aviso firmado para tener la información en caso de necesitarla.

Si firma el aviso más de dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.

Para ver una copia del aviso por adelantado, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisará la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La QIO es un grupo de médicos y profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1-877-588-1123. Encontrará la información de contacto en el “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” y en el **capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha programada para el alta hospitalaria.

- **Si llama antes de irse,** puede permanecer en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Debido a que tanto Medicare como Medi-Cal cubren las hospitalizaciones, si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no recibe su solicitud para continuar su hospitalización o usted cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave a su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) y solicitar una revisión médica independiente. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal ante el DMHC y solicitar una revisión médica independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene alguna duda o necesita ayuda en cualquier momento, puede hacer lo siguiente:

- Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su fecha de alta hospitalaria.

> El término legal que se utiliza para una **“revisión rápida”** es **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”.**

Qué sucede durante una revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha programada para el alta hospitalaria. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nuestro plan.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha programada para el alta hospitalaria. En la carta también se indicarán las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es la fecha de alta adecuada para usted desde el punto de vista médico.

> El término legal para la explicación por escrito es **"Aviso detallado de alta hospitalaria".** Para obtener un ejemplo, puede llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página o al 1-800-633-4227. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Una vez que la QIO obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

Si la QIO decide **aceptar** su apelación:

- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que estos sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO decide **rechazar** su apelación:

- La organización considera que su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico.
- Nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente al que reciba la respuesta de la QIO a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO responda a su apelación.
- Si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 **y** usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar una apelación de Nivel 2.

H3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para presentar una apelación de Nivel 2, deberá solicitar a la QIO que vuelva a evaluar la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la QIO **rechace** su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO decide **aceptar** su apelación:

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponde de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Cubriremos los servicios de atención como paciente hospitalizado siempre que estos sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO decide **rechazar** su apelación:

- Está de acuerdo con su decisión sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le dará una carta en la que se le indique qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja informal ante el DMHC o solicitarle una revisión médica independiente para continuar la hospitalización. Consulte la **sección E4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

Un ALJ o un abogado adjudicador estará a cargo de la apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención para la salud a domicilio.
- Atención en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación como paciente externo en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.

Deberemos informarle **con antelación** si decidimos que es momento de dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención. Una vez que finalice su cobertura para ese servicio, dejaremos de pagarlo.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. A esto se le llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. En este aviso, se le informará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo puede apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deberá firmar la notificación para demostrar que la recibió. Firmar la notificación demuestra **únicamente** que recibió la información. Su firma **no** significa que está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se le informa el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja informal. Consulte la **sección K** para obtener más información acerca de las quejas informales.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna duda o necesita ayuda en cualquier momento, puede hacer lo siguiente:
    - Llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página.
    - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
    - Consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros* para obtener más información acerca de la QIO y cómo contactarla.
    - Pídale que revise su apelación y decida si cambiar la decisión de nuestro plan.
    - **Actúe rápido y pida una “apelación acelerada”.** Pregunte a la QIO si es adecuado desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo en el que puede comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad no recibe su solicitud para continuar con la cobertura de sus servicios de atención para la salud o si usted considera que su situación es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o tiene un dolor intenso, puede presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) y solicitar una revisión médica independiente. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente.

> El término legal que se usa para esta notificación por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia como ejemplo, llame a Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página o a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que su cobertura debería continuar. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban de nuestro plan.
- Nuestro plan también le enviará a usted un aviso por escrito en el que se expliquen nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.

> El término legal para el aviso es **"Explicación detallada de no cobertura".**

- Los revisores le comunicarán su decisión en un plazo de un día entero desde el momento en que reciban la información necesaria.

Si la QIO decide **aceptar** su apelación:

- Brindaremos los servicios cubiertos siempre que estos sean necesarios desde el punto de vista médico.

Si la QIO decide **rechazar** su apelación:

- La cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted pagará el costo completo de esta atención si decide continuar la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un CORF después de la fecha en que termina su cobertura.
- Usted decidirá si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Para presentar una apelación de Nivel 2, deberá solicitar a la QIO que vuelva a evaluar la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123.

Deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la QIO rechace su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informarán su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO decide **aceptar** su apelación:

- Le reembolsaremos nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura.
- Proporcionaremos cobertura por la atención mientras sea necesaria desde el punto de vista médico.

Si la QIO decide **rechazar** su apelación:

- La organización está de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le dará una carta en la que se le indique qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente para continuar la cobertura de sus servicios de atención para la salud. Consulte la **sección F4** para obtener más información sobre cómo solicitar al DMHC una revisión médica independiente. Puede presentar una queja informal ante el DMHC y solicitarle una revisión médica independiente además de una apelación de Nivel 3 o en lugar de esta.

Un ALJ o un abogado adjudicador estará a cargo de la apelación de Nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener información acerca de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo presentar una apelación superior al Nivel 2

J1. Siguientes pasos para recibir servicios y artículos de Medicare

Si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a pasar a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO para su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador decide **aceptar** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionar la atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del ALJ o abogado adjudicador.
- Si el ALJ o el abogado adjudicador decide **rechazar** su apelación, el proceso de apelación podría no finalizar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
- Si usted decide **no aceptar** la decisión de rechazar su apelación, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo decide **aceptar** su apelación de Nivel 4 o rechazar nuestra solicitud de revisión de la apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho de presentar una apelación de Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proporcionar el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir de que recibamos la decisión del Consejo.

Si la respuesta es **no** o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no finalizar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
- Si usted decide **no aceptar** la decisión de rechazar su apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación, junto con toda la información y decidirá **aceptarla** o **rechazarla.** Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. En la carta que reciba de la División de Audiencias Estatales, se le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare Parte D

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2, se explica a quién contactar y cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador decide **aceptar** su apelación:

- El proceso de apelación finalizará.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas), o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador decide **rechazar** su apelación, el proceso de apelación podría no finalizar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.

- Si usted decide **no aceptar** la decisión de rechazar su apelación, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo decide **aceptar** su apelación:

- El proceso de apelación finalizará.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para apelaciones aceleradas), o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo decide **rechazar** la apelación o la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no finalizar.

- Si usted decide **aceptar** la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finalizará.
- Si usted decide **no aceptar** la decisión de rechazar su apelación, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le informará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación, junto con toda la información, y decidirá **aceptarla** o **rechazarla.** Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

K. Cómo presentar una queja informal

K1. Qué tipos de problemas deben ser quejas informales

El proceso de quejas informales se usa solo para ciertos tipos de asuntos, tales como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Vea a continuación ejemplos de los tipos de problemas que se manejan con el proceso de quejas informales.

Queja informal	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, Servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	• Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • El personal lo trató mal. • Considera que lo están expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y ayuda en su idioma	• No puede acceder físicamente a las instalaciones ni los servicios de atención para la salud del consultorio de un médico o de un proveedor. • Su médico o proveedor no ofrece un intérprete para un idioma que no sea el inglés (tal como el lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para agendar una cita o debe esperar demasiado para obtenerla. • Los médicos, los farmacéuticos, otros profesionales de la salud, el Servicio a los Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o el consultorio de su médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Piensa que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es difícil de entender.
Puntualidad con respecto a las decisiones y apelaciones de cobertura	• Considera que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o responder a su apelación. • Considera que, después de obtener una decisión sobre la cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindar el servicio, o devolverle dinero por ciertos servicios médicos. • No cree que hayamos enviado su caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de quejas informales. Puede presentar una queja informal interna o externa. Una queja informal interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja informal externa se presenta ante una organización que no está relacionada con nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja informal interna o externa, puede llamar a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

> El término legal para una "queja informal" es **"queja formal".**
>
> Otra expresión legal para "presentar una queja informal" es **"interponer una queja formal".**

K2. Quejas informales internas

Para presentar una queja informal interna, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de Medicare Parte D. Si la queja informal está relacionada con un medicamento de Medicare Parte D, debe presentarla **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema por el que desea presentar una queja.

- El Servicio a los Miembros le informará si es necesario que haga algo más.
- También puede escribir su queja informal y enviárnosla. Si presenta su queja informal por escrito, le daremos una respuesta por escrito.

Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal.

> **El término legal para** una "queja informal acelerada" es **"queja formal acelerada".**

De ser posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos responderle durante la llamada. Le responderemos rápidamente si su condición médica lo requiere.

- Respondemos a la mayoría de las quejas informales en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en el plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado en el que obtendrá la respuesta.
- Si presenta una queja informal porque rechazamos su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación acelerada", automáticamente le daremos una "queja informal acelerada" y responderemos su queja informal en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja informal porque tardamos más tiempo en tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le daremos una "queja informal acelerada" y responderemos su queja informal en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja informal, se lo informaremos y le daremos nuestros motivos. Le daremos una respuesta, ya sea que estemos de acuerdo con la queja informal o no.

K3. Quejas informales externas

Medicare

Puede informarle a Medicare sobre su queja informal o enviársela. Puede encontrar el formulario de quejas informales de Medicare en el sitio web: www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja informal ante Kaiser Permanente Dual Complete antes de presentar una queja informal ante Medicare.

Medicare trata las quejas informales con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión, o siente que el plan de salud no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada no tiene costo.

Medi-Cal

Puede presentar una queja informal ante el Defensor general de los derechos (del paciente) de atención para la salud administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (DHCS) de California al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Puede presentar una queja informal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC). El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con las quejas informales sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos que no sean urgentes, puede presentar una queja informal ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja informal después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja informal que involucre un asunto urgente o una amenaza inmediata o grave a su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja informal o si nuestro plan no ha resuelto su queja informal después del plazo de 30 días calendario.

Hay dos por parte del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con deficiencias del habla pueden utilizar el número TTY sin costo, 1-877-688-9891. La llamada no tiene costo.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada de California (www.dmhc.ca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja informal ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) si considera que no le han dado un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja informal sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR a través de los siguientes canales:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Centro de respuesta al cliente: 1-800-368-1019
Fax: 1-202-619-3818
Línea TDD: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

También puede tener derechos de conformidad con la Ley sobre Americanos con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA).

QIO

Si su queja informal está relacionada con la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- Puede presentar su queja informal sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja informal ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja informal ante la QIO, trabajaremos con la organización para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago por parte del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que se ofrece a los pacientes de Medicare. Para obtener más información acerca de la QIO, consulte la **sección H2** o el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros*.

En California, la QIO es Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1-877-588-1123.

Capítulo 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura de salud después de abandonar nuestro plan. Si abandona nuestro plan, seguirá perteneciendo a los programas Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Capítulo 10 Índice

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan 286

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 287

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado 287

C1. Sus servicios de Medicare 287

C2. Sus servicios de Medi-Cal 291

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía con nuestro plan 292

E. Otras situaciones por las que finaliza su membresía con nuestro plan 292

F. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud 293

G. Su derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan 294

H. Cómo obtener más información acerca de la finalización de su membresía del plan 294

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Como tiene Medi-Cal, cuenta con algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, cada año puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción abierta**, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y la del nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes de elegibilidad de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de elegibilidad. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará a regir el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- si se muda fuera de su área de servicio;
- si su elegibilidad de Medi-Cal o Extra Help (Ayuda Adicional) cambia;
- si se mudó recientemente, está recibiendo atención o acaba de mudarse de un centro de enfermería o de un hospital de cuidados a largo plazo.

Su membresía finalizará el último día del mes en el que recibamos su solicitud de abandonar el plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan finalizará el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente (en este ejemplo, 1 de febrero).

Si abandona el plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- opciones de Medicare en la tabla que se encuentra en la **sección C1**;
- opciones y servicios de Medi-Cal en la **sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, llame a los siguientes números:

- Servicio a los Miembros al número que aparece al final de la página. El número para usuarios de TTY también aparece en la lista.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web https://www.aging.ca.gov/HICAP.

- Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Defensor general de los derechos (del paciente) de atención médica administrada por Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o por correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar a Original Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no eligió un plan de medicamentos de Medicare independiente, deberá solicitar la cancelación de la afiliación de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la afiliación:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese con el Servicio a los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de la línea TTY (personas con dificultades de audición o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llama al 1-800-633-4227, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Puede encontrar más información acerca de cómo obtener servicios de Medicare una vez que abandone nuestro plan en la tabla de la **sección C1**.
- Llame a las Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- **En la sección C** a continuación, se incluyen pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también cancelará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para, en cualquier mes del año, obtener los servicios de Medicare enumerados a continuación. Tiene otra opción que se menciona a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **sección A**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiar a lo siguiente: **Un plan de Medicare y Medi-Cal (Plan Medi-Medi), que es un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal, o un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si califica.** **Nota:** El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes integrados de necesidades especiales con doble elegibilidad (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California	**Lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921-7223. Si necesita ayuda o desea obtener más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Su afiliación a nuestro plan se cancelará de forma automática cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para coincidir con el plan Medi-Medi.

2. Puede cambiar a lo siguiente: **Original Medicare con un plan independiente de medicamentos de Medicare y un plan de Medi-Cal.**	**Lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o desea obtener más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie su cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.

3. Puede cambiar a lo siguiente: **Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos de Medicare si tiene un motivo válido para cancelar la afiliación.** **NOTA:** Si usted se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que no desea hacerlo. Solo debe renunciar a la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, tal como un empleador o un sindicato. Si tiene alguna pregunta acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o desea obtener más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/. Su afiliación a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie su cobertura de Original Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.

4. Puede cambiar a lo siguiente: **Cualquier plan de salud de Medicare** en ciertos momentos del año, incluido el **período de inscripción abierta** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, o bajo otras circunstancias que se describen en la **sección A**.	**Lo que tiene que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-855-921- 7223. Si necesita ayuda o desea obtener más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Para obtener más información o encontrar una oficina local del HICAP en su área, consulte el sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su afiliación a nuestro plan se cancelará de forma automática cuando inicie la cobertura de su nuevo plan. Es posible que su plan de Medi-Cal cambie.

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de abandonar nuestro plan, comuníquese con Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263, de lunes a viernes desde las 8:00 a. m. hasta las 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O consulte el sitio web www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/es. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía con nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y el comienzo de la nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal tarden un tiempo. Durante ese tiempo, continuará obteniendo la atención médica y los medicamentos a través de nuestro plan hasta que su nuevo plan comience.

- Reciba la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.
- Utilice nuestras farmacias de la red, incluidos nuestros servicios de pedidos por correo de la farmacia, para surtir sus recetas.
- Si se encuentra hospitalizado el día en que su membresía en Kaiser Permanente Dual Complete finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones por las que finaliza su membresía con nuestro plan

A continuación, enumeramos los casos en los que debemos finalizar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Pueden afiliarse a nuestro plan las personas que califican para Medicare y Medi-Cal. Nota: Si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con beneficios de Medicare; consulte la información que aparece a continuación respecto del período de consideración. Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal, le informaremos por escrito que cuenta con un período de gracia de 4 meses para recuperar su elegibilidad de Medi-Cal antes de que le solicitemos que finalice su membresía en el plan Kaiser Permanente Dual Complete. Antes de que finalice su inscripción en el plan Kaiser Permanente Dual Complete, nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en algún otro plan de Medicare Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan Kaiser Permanente Dual Complete.
- Si se muda fuera de su área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.

- Si no es ciudadano estadounidense, no se naturalizó en los Estados Unidos o no es un no ciudadano elegible.
    - Debe ser ciudadano estadounidense, haberse naturalizado en los Estados Unidos, o ser un no ciudadano elegible para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
    - Deberemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Si pierde la elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal, pero se prevé que la recuperará dentro de cuatro meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare que cubre Kaiser Permanente Dual Complete. Cuando termine su cobertura de Medi-Cal , dejaremos de pagar sus beneficios de Medi-Cal. El costo compartido de los beneficios que cubre Kaiser Permanente Dual Complete cambiará según se describe en la Tabla de beneficios de esta *Guía para miembros*. También puede perder Extra Help de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de Medicare Parte D.

Si recupera la elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal mientras continúa inscrito en nuestro plan para obtener su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de Medi-Cal y usted permanecerá inscrito con nosotros. Si no puede recuperar Medi-Cal en un plazo de cuatro meses, cancelaremos su afiliación a Kaiser Permanente Dual Complete. Si recupera la elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal después de que cancelemos su afiliación, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare podría pedirle al inspector general que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Reglas que prohíben que le pidamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.
Si considera que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja informal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información acerca de la finalización de su membresía del plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar a Servicio a los Miembros al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

En este capítulo se incluyen avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de *esta Guía para miembros*.

Capítulo 11: Índice

A. Aviso sobre las leyes 296
B. Aviso federal de no discriminación 296
C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal 296
D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso 297
E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal 298
F. Administración de esta *Guía para miembros* 298
G. Aplicaciones y declaraciones 298
H. Asignación 298
I. Honorarios y gastos de abogados y defensores 298
J. Coordinación de beneficios 299
K. Responsabilidad del empleador 299
L. *Guía para miembros* vinculante para los miembros 299
M. Responsabilidad de las agencias gubernamentales 299
N. Exención de responsabilidad de los miembros 299
O. Sin exención 299
P. Avisos 300
Q. Recuperación de pagos en exceso 300
R. Responsabilidad civil de terceros 300
S. Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos 301
T. Beneficios por responsabilidad del empleador o de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores) 301
U. Maternidad subrogada 302
V. Arbitraje obligatorio 302

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a esta *Guía para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no se describen ni se explican en esta *Guía para miembros*. Las principales leyes que se aplican son las leyes federales y estatales sobre los programas Medicare y Medi-Cal. Podrían aplicarse también otras leyes federales y estatales.

B. Aviso federal de no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley sobre Americanos con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar el sitio web hhs.gov/ocr/index.html (en inglés) para obtener más información.

C. Aviso de no discriminación para Medi-Cal

No lo discriminamos por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, no excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o condición médica.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, haga lo siguiente:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención para la Salud (Health Care Services) al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones). Si cree que ha sido discriminado y desea presentar una queja formal por discriminación, puede comunicarse con los siguientes organismos:
- Por teléfono: llame a Servicio a los Miembros, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- Por correo postal: comuníquese con el Servicio a los Miembros y pida que le envíen un formulario.
- En persona: complete un formulario de queja informal o un reclamo/solicitud de beneficios en la oficina del Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte el *directorio de proveedores y farmacias* o visite kp.org/ubicaciones para obtener las direcciones).
- En línea: utilice el formulario en línea que se encuentra en el sitio web kp.org/espanol.
- También puede comunicarse directamente con los coordinadores 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

Si su queja formal está relacionada con la discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja informal ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención para la Salud, por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: llame al 916-440-7370. Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: complete un formulario para presentar una queja informal o envíe una carta a:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de quejas informales están disponibles en la siguiente página: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.Aspx.

- Por vía electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de atención para la salud o a un proveedor, llame a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja informal, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la compensación del trabajador debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar fondos para los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es pagador primario.

Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada no tiene costo.
Para obtener más información, visite kp.org/medicare (cambie el idioma a español).

Cumplimos con la legislación y las regulaciones federales y estatales sobre la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención para la salud a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar toda otra cobertura médica (other health coverage, OHC) antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura médica, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario de la OHC de Medicare y cubrirá los costos permitidos no pagados por nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación de patrimonio de Medi-Cal

El programa de Medi-Cal deberá solicitar el reembolso del patrimonio de sucesiones testamentarias de ciertos miembros difuntos por los beneficios de Medi-Cal recibidos luego de haber cumplido 55 años. El reembolso incluye el pago por servicio y las primas de atención administrada o los pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro era un paciente hospitalizado en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios en el hogar y en la comunidad. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio de la sucesión testamentaria de un miembro.

Para obtener más información, consulte el sitio web de recuperación de patrimonio del Departamento de Servicios de Atención para la Salud **dhcs.ca.gov** o llame al 916-916-650-0590.

F. Administración de esta *Guía para miembros*

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *Guía para miembros*.

G. Aplicaciones y declaraciones

Usted deberá completar cualquier solicitud, formulario o declaración que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta *Guía para miembros*.

H. Asignación

No puede ceder esta *Guía para miembros* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

I. Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico y Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable de los propios gastos y honorarios, lo cual incluye honorarios de abogados, defensores y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

J. Coordinación de beneficios

Si tiene otro seguro, debe utilizar la otra cobertura en combinación con su cobertura como miembro del plan Kaiser Permanente Dual Complete para pagar la atención que recibe. A esto se le llama "coordinación de beneficios" porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre, y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la **sección S** de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores), la **sección U** de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si ocurren cambios en su cobertura adicional.

K. Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

L. *Guía para miembros* vinculante para los miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de esta *Guía para miembros*, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los miembros que no tengan esta capacidad aceptan todas las disposiciones de esta *Guía para miembros*.

M. Responsabilidad de las agencias gubernamentales

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a la agencia tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso a la agencia gubernamental.

N. Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable por ningún monto que debamos nosotros. Sin embargo, usted es responsable del costo de los servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o de los que no están dentro de la red.

O. Sin exención

El hecho de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta *Guía para miembros* no constituirá una exención de dicha disposición o de cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir que usted cumpla rigurosamente cualquier disposición.

P. Avisos

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si cambia de domicilio, llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778) para reportar su nuevo lugar de residencia.

Q. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos en concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar los servicios.

R. Responsabilidad civil de terceros

Los terceros que le causen lesiones o enfermedades (o sus compañías de seguros) por lo general deben pagar antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos primarios. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos el reembolso de dichos servicios.

Nota: Esta sección titulada “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido de estos servicios. Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de subrogar los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesiones personales, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. El dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin la necesidad de una acción legal, permitiremos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para hacer valer el interés, no habrá descuento en la adquisición.
En un plazo de 30 días tras haber presentado un reclamo o una acción judicial contra un tercero, deberá enviar una notificación por escrito de este reclamo o acción judicial a la siguiente dirección:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 1-502-753-7064

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

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

S. Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos

En el caso de servicios para tratar condiciones asociadas al servicio militar y que la ley exige que se reciban solo del Departamento de Asuntos de los Veteranos, no pagaremos a este departamento por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a este departamento un reembolso.

T. Beneficios por responsabilidad del empleador o de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores)

Workers' Compensation (seguro de los trabajadores) generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la ley de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores) o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted sea elegible para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme al Workers' Compensation (seguro de los trabajadores) o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un beneficio financiero se brinde o sea pagadero, o fuera necesario proveerlo o que sea pagadero, si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el beneficio financiero conforme a cualquier ley de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores) o ley de responsabilidad civil del empleador.

U. Maternidad subrogada

En las situaciones en las que una miembro recibe una compensación monetaria para actuar como madre subrogada, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los cargos del plan por los servicios cubiertos que recibe la miembro asociados con la concepción, el embarazo o el parto. Un acuerdo de maternidad subrogada es aquel en el que una persona acepta quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo.

V. Arbitraje obligatorio

La siguiente descripción del arbitraje obligatorio se aplica a los miembros mencionados a continuación:

- Todos los miembros que estén inscritos en un plan de Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008.
- Todos los miembros inscritos en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual con fecha de vigencia a partir del 1 de enero de 2008 o anterior que no hayan renunciado expresamente al proceso de arbitraje obligatorio dentro de los 60 días calendario de su fecha de vigencia de la inscripción.

Para todos los reclamos sujetos a esta sección de “Arbitraje obligatorio”, tanto los demandantes como los demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida que esta sección de “Arbitraje obligatorio” corresponda a los reclamos presentados por las Partes de Kaiser Permanente, se aplicará retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de entrada en vigencia de esta *Guía para miembros***.** Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las Partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas se deberán someter a un arbitraje obligatorio si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge del supuesto incumplimiento de una obligación que de esta *Guía para miembros*, o que surja de esta, o con una relación de una Parte del miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc., incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un servicio médico o un artículo era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil de los centros, o que esté relacionada con la cobertura, la prestación de servicios o la entrega de artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se basa el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes del miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes del miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los miembros inscritos según esta *Guía para miembros* renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal, y aceptan el uso del arbitraje obligatorio, excepto en los siguientes tipos de reclamos:

- Reclamos que estén dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía.
- reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare, según corresponda a los Miembros del plan Kaiser Permanente Dual Complete (consulte el **capítulo 9** para obtener más información sobre las apelaciones de Medicare).
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio conforme a la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección de “Arbitraje obligatorio”, las “Partes del miembro” incluyen a:

- un miembro;
- un heredero, familiar o representante personal del miembro;
- cualquier persona que manifieste que su obligación deriva de la relación del miembro con una o más de las Partes de Kaiser Permanente.

Las “Partes de Kaiser Permanente” incluyen a:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.;
- Kaiser Foundation Hospitals;
- The Permanente Medical Group, Inc.;
- Permanente Medical Group del sur de California;
- The Permanente Federation, LLC;
- The Permanente Company, LLC;
- cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group;
- cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes del miembro;
- cualquier empleado o representante de cualquiera de las partes mencionadas anteriormente.

“Demandante” se refiere a una Parte del miembro o de Kaiser Permanente que presente un reclamo, tal como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte del miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las **Normativas de Arbitraje para Miembros de Kaiser Permanente supervisadas por la Oficina del Administrador Independiente** (en adelante el “Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una Petición de Arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si los hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la Petición de Arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la Petición de Arbitraje

La Petición de Arbitraje deberá notificarse ante Kaiser Foundation Health Plan, Inc.; Kaiser Foundation Hospitals; KP Cal, LLC; The Permanente Medical Group, Inc.; Southern California Permanente Medical Group; The Permanente Federation, LLC; y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

- **Planes del sur:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **Planes del norte:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

La notificación de ese Demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de $150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de Arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la Petición de Arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en dicha petición.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exenciones deberá llenar el Formulario de Exención de Honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de Exención de Honorarios establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Cantidad de árbitros

La cantidad de árbitros puede afectar la responsabilidad de pago de los Demandantes de los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños por un total de $200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje obligatorio, que el arbitraje deberán resolverlo dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar compensación monetaria por daños mayores que $200,000.

Si la Petición de Arbitraje solicita compensación monetaria por daños superiores a $200,000, la disputa deberá ser resuelta por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones, según se describe en el Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los Demandantes y los Demandados pagarán equitativamente los honorarios y gastos del árbitro imparcial.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro, y los Demandados serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y gastos que se mencionan antes del árbitro imparcial, y a menos que las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta sección titulada “Arbitraje obligatorio” estipulen lo contrario, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los gastos de testigos y otros gastos incurridos en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá anular y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de Arbitraje, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de Arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero.

Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnización por Lesiones Médicas de California (California Medical Injury Compensation Reform Act) de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

El arbitraje deberá regirse por esta sección de “Arbitraje obligatorio”, la **sección 2** de la Ley Federal de Arbitraje (Federal Arbitration Act) y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes al momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglamento, en la medida en que no contradigan esta sección de “Arbitraje obligatorio”. De acuerdo con la norma que se aplica según las **Secciones 3** y **4** de la Ley Federal de Arbitraje (Federal Arbitration Act), el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje obligatorio” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una parte del miembro y una parte de Kaiser Permanente involucre reclamaciones sujetas y no sujetas a arbitraje, o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Capítulo 12: Definiciónes de palabras importantes

Introducción

En este capítulo, se incluyen términos clave que se utilizan a lo largo de esta *Guía para miembros* junto con sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con el Servicio a los Miembros.

Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL): Tareas que las personas realizan en la vida cotidiana, tales como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) es un juez que escucha y decide sobre casos que involucran a agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles con VIH o SIDA para que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas de personas con VIH.

Asignación: El monto específico que se acredita a un miembro para comprar un artículo o servicio. Si el costo de los artículos o servicios que elija supera la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica a los gastos máximos de bolsillo anual.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de atención que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que se espera que no necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión de cobertura presentando una apelación. En el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros*, se explican las apelaciones, incluido el proceso que debe seguir para presentar una.

Facturación de saldos: Práctica mediante la cual un proveedor le factura al paciente la diferencia entre el total de lo facturado y el monto que paga su plan de salud.

Salud del comportamiento: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Se trata de cómo pensamos, sentimos e interactuamos con otras personas. Es un término inclusivo que se refiere a los servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Período de beneficios: La manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de los centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted va a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, comenzará un período nuevo. No hay límite respecto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Producto biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: Un medicamento biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia, sin que sea necesaria una nueva receta médica. (Consulte también “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son generalmente fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Coordinador de atención: Una persona que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de atención: Consulte “Plan de atención personalizado”.

Equipo de atención: Consulte “Equipo de atención interdisciplinario”.

Etapa de cobertura para catástrofes: La etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Parte D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos por Medicare Parte D durante el año.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el capítulo 2 de esta *Guía para miembros* se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS): Programa de servicios para pacientes externos en un centro de atención que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja informal: Una declaración escrita o verbal que indica que tiene un problema o duda acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio o de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El término formal utilizado para “presentar una queja informal” es “presentar una queja formal”.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): Un centro de atención que proporciona, principalmente, servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional (ergoterapia), terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Un monto fijo que paga como su parte del costo cada vez que obtiene ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un servicio o un medicamento.

costo compartido: Se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos o servicios (son adicionales a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se reciba un medicamento o servicio específico. **Nota:** En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes cuando reciba los servicios; nosotros le enviaremos después la factura correspondiente. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los artículos que se solicitan con antelación, debe pagar el costo compartido vigente en la fecha en la que se hace el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en que lo recibe) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando se haga el pedido el artículo. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes externos, la fecha del pedido es la fecha en la que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta médica.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (también conocida como *Lista de medicamentos*) se incluyen en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. En el capítulo 9 de esta *Guía para miembros*, se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Término que empleamos para referirnos a los medicamentos recetados y de venta libre (over-the-counter, OTC) que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: Cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan inscribirse más adelante en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es la que se proporciona en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. La atención de custodia, que proporcionan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales, incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Capacitación en competencia cultural: Una capacitación que brinda formación adicional para nuestros proveedores de atención médica y les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Departamento de Servicios de Atención para la Salud (DHCS): Departamento estatal de California que administra el programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC): departamento estatal de California que se encarga de regular la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones y quejas informales sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza revisiones médicas independientes (IMR).

Cancelación de la afiliación: El proceso mediante el cual se da por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros de Kaiser Permanente tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Algunos ejemplos de niveles de medicamentos son medicamentos genéricos, de marca y especializados. Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos pertenece a uno de los seis niveles.

Plan elegible dual de necesidades especiales (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo Médico Duradero (DME): Ciertos artículos que su médico pide para que usted use en su propio hogar. Entre los ejemplos de estos artículos se incluyen sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función del organismo (y, si está embarazada, la pérdida de un bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Condición médica de emergencia: Una condición médica de emergencia o de salud mental que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso), de modo que una persona prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en lo siguiente:

- peligro grave para la salud de la persona o, en el caso de una persona embarazada, para la salud de la mujer o la de su bebé en gestación;
- grave deterioro de las funciones corporales;
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Medicamento excluido: Un medicamento que no es un medicamento cubierto de la Parte D, según se define en la sección 1395w-102(e) Del Título 42 del U.S.C.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Extra Help (Ayuda Adicional): Programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de Medicare Parte D, como las primas, los deducibles y los copagos. Extra Help (Ayuda adicional) también se denomina “Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS”.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para utilizarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Queja formal: Una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Incluye quejas informales sobre la calidad de la atención recibida o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP): Un programa que ofrece información y asesoramiento gratuitos y objetivos acerca de Medicare. En el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros*, se explica cómo puede comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Valoración de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA): Una revisión de su historial médico y afección actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de salud domiciliaria (en el hogar): Una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero o un terapeuta titulado, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño [inodoro], vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de salud domiciliaria (en el hogar) no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Cuidados paliativos: Un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a vivir de forma más cómoda. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Allí, un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores brinda atención integral al paciente, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos darle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inapropiada: Una situación en la cual un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicio a los Miembros si recibe facturas que no comprende.

Como miembro del plan, solo paga los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. **No permitimos** que los proveedores le facturen más de ese monto.

Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS): Este programa ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que se le brinden para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. El programa de IHSS se considera una alternativa a la atención fuera del hogar, como los centros de adultos mayores y personas con discapacidad, o las instalaciones de atención y alojamiento. Para recibir los servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante en función de sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de los IHSS son limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (tales como cuidados de los intestinos y la vejiga, bañarse, cuidado personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental. Las agencias de servicios sociales del condado administran los IHSS.

Revisión médica independiente (IMR): Si denegamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede presentar una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema es sobre un servicio de Medi-Cal, incluidos los DME y los medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Una IMR es una revisión de su caso por parte de expertos que no forman parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, debemos brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga costos por una IMR.

Organización de revisión independiente (IRO): Una entidad independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de Atención Individualizado (Individualized Care Plan, ICP, o Plan de Atención): Un plan que indica qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyos a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: La etapa anterior a que sus gastos totales de medicamentos de Medicare Parte D alcancen los **$2,400.** Esto incluye los montos que pagó, lo que nuestro plan pagó por usted y el subsidio por bajos ingresos. **Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.** Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: Término que se utiliza cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está admitido formalmente, puede ser considerado un paciente externo en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

D-SNP integrado: Un plan elegible dual de necesidades especiales que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los de Medicaid bajo un único plan de salud o planes de salud afiliados para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Equipo de atención interdisciplinario (Interdisciplinary care team, ICT, o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. El equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Kaiser Foundation Health Plan (Plan de Salud): Kaiser Foundation Health Plan, Inc., en las regiones del norte y sur de California, es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En esta *Guía para miembros*, a veces se hace referencia al plan de salud como “nosotros” o “nuestro/a”.

Kaiser Foundation Hospital: Un hospital que pertenece a la red de hospitales de Kaiser Foundation Hospitals y es operado por dicha red.

Kaiser Permanente: Plan de Salud, Grupo Médico y Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente Region (Región): Una organización de Kaiser Foundation Health que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la **sección D4** del **capítulo 3**.

Lista de medicamentos cubiertos (*Lista de medicamentos*): Lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Nosotros elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos. A la *Lista de medicamentos* a veces se le denomina “Lista de medicamentos cubiertos”.

Servicios y apoyos a largo plazo (Long-term services and supports, LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de atención u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas de exención de IHSS y 1915(c) son LTSS de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Extra Help (Ayuda Adicional)”.

Programa de pedidos por correo postal: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo postal que le permite obtener un suministro para tres meses de los medicamentos recetados que tiene cubiertos y que se los envíen a domicilio. Puede ser una manera rentable y conveniente de surtir las recetas que toma frecuentemente.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo, y costos médicos. Medi-Cal es el programa de Medicaid para el estado de California.

Grupo Médico: Es la red de proveedores que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. Los nombres de nuestros grupos médicos son The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro, y Southern California Permanente Medical Group, una asociación profesional con fines de lucro.

Medi-Cal: Es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es administrado por el estado y lo financian el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos a largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid pueden variar según el estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyos a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Necesario desde un punto de vista médico: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También hace referencia a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas a partir de los 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (en general, quienes tienen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud a través de Medicare Original, un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de Salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA”, que ofrece planes a través de empresas privadas. Medicare les paga a estas empresas para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo): Un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento relacionado con la salud que proporciona capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Afiliado a Medicare-Medi-Cal: Persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un afiliado a Medicare-Medicaid también se denomina “miembro con doble elegibilidad”.

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayor parte de los cuidados hospitalarios, en centros de enfermería especializada, a domicilio y de cuidados paliativos que sean necesarios desde el punto de vista médico.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios desde el punto de vista médico para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: El programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las empresas privadas de seguros médicos ofrecer los beneficios de Medicare mediante un plan de MA.

Medicare Parte D: El programa de beneficios para medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Parte D cubre medicamentos para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B ni Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de Medicare Parte D: Medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Parte D. Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Programa Administración de Terapias con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información al respecto.

Plan Medi-Medi: Un tipo de plan de Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de ambos en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y los servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Medi-Cal y califica para recibir los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

***Guía para miembros* y divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicio a los Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre membresías, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre el Servicio a los Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia que acepta surtir las recetas médicas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos los medicamentos recetados solo cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referidos).

Proveedores de la red: Proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud domiciliaria (en el hogar), clínicas y otros lugares que brindan servicios de atención para la salud, equipos médicos, servicios y apoyos a largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención para la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran un monto adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los llama “proveedores del plan”.

Centro de adultos mayores y personas con discapacidad: Un centro que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en el hospital.

Defensor del Pueblo: Una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja informal y pueden ayudarle a entender qué debe hacer. Sus servicios son gratuitos. Puede encontrar más información en los **capítulos 2 y 9** de esta *Guía para miembros*.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura". En el **capítulo 9** de esta *Guía para miembros* se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se conoce como producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. Con Original Medicare, los servicios tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica, según lo establece el Congreso.

- Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea inscribirse en nuestro plan, puede elegir Original Medicare.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a nuestros miembros. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red: Un proveedor o centro de atención que no es empleado ni operado por nuestro plan, no es propiedad de este, y no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros*, se explican los proveedores y centros fuera de la red.

Gastos de bolsillo: El requisito de costo compartido para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de "gastos de bolsillo". Consulte la definición de "costo compartido" anterior.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional de la salud.

Parte A: consulte "Medicare Parte A".

Parte B: consulte "Medicare Parte B".

Parte C: consulte "Medicare Parte C".

Parte D: consulte "Medicare Parte D".

Medicamentos de la Parte D: consulte "Medicamentos de Medicare Parte D".

Información médica personal (personal health information, PHI) (también conocida como Información médica protegida): Información acerca de usted y su salud, tal como su nombre, su dirección, su número de seguro social, sus visitas médicas y su historial médico. Consulte nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Cargos del plan: Hace referencia a lo que se menciona a continuación.

- En el caso de Servicios que preste el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por Servicios prestados a los Miembros.
- En el caso de los Servicios por los que se paga por la capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los montos del programa de pagos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administra y posee, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos; los costos directos e indirectos de prestar los servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los miembros; y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta el costo compartido de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado del costo compartido.

Atención de postestabilización: Servicios necesarios desde un punto de vista médico relacionados con su condición médica de emergencia que recibe después de que su médico tratante determina que esta condición está clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro y que no se espera que su condición empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Servicios de prevención: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary care provider, PCP): El médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. Se aseguran de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También pueden hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **capítulo 3** de esta *Guía para miembros* para obtener información acerca de cómo obtener atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (Prior authorization, PA): Aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o de consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio ni el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una PA de nuestra parte.

- Puede consultar los servicios cubiertos que requieren la PA de nuestro plan en el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que requieren PA se detallan en la *Lista de medicamentos cubiertos*, y nuestras normas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o función, incluidos los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedores: Son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y están certificados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención de salud domiciliaria (en el hogar), clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención para la salud, servicios para la salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos LTSS.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes. Consulte el **capítulo 2** de esta *Guía para miembros* para obtener más información acerca de la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del afiliado sobre la lista de medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referido: Un referido es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra aprobación para consultar a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita un referido para usar ciertos especialistas, tales como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de los referidos en los **capítulos 3 y 4** de esta *Guía para miembros*.

Servicios de rehabilitación: El tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación importante. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación en pacientes hospitalizados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional. Consulte el **capítulo 4** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios sensibles: Servicios relacionados con salud mental o de la conducta, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, abuso sexual y abortos, trastorno por abuso de sustancias, atención para la afirmación del género y violencia en la pareja.

Área de servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si la membresía está limitada por el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

El área de servicio se describe en el **capítulo 1** a efectos de explicar el costo compartido, la inscripción y la cancelación de la afiliación. Para obtener los servicios cubiertos, debe recibir atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región (consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*).

Servicios: Servicios, suministros o artículos para la atención de la salud.

Participación en el costo: parte de sus costos de atención médica que quizás tenga que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. El importe de su participación en el costo dependerá de sus ingresos y de sus recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidados de enfermería especializados y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación que se ofrecen todo el día, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas (IV) que solo puede administrar un enfermero titulado o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un período de inscripción especial son, entre otras, si se muda fuera del área de servicio, si recibe Extra Help (Ayuda Adicional) con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad, o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Especialistas: Un médico que trata ciertas clases de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos rotos, un alergólogo trata alergias, y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará un referido de su PCP para acudir a un especialista.

Farmacia especializada: Consulte el **capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información acerca de las farmacias especializadas.

Medicamentos especializados: Medicamentos de costo muy alto que cuentan con la aprobación de la FDA y se incluyen en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Ingreso suplementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna incapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita atención de inmediato. Puede recibir atención de urgencia de parte de proveedores que estén fuera de la red cuando no pueda o no sea razonable acceder a los que sí forman parte de la red por razones de tiempo, lugar o circunstancias (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita recibir inmediatamente servicios necesarios desde el punto de vista médico por una afección imprevista que no se trata de una emergencia médica).

Servicios para miembros de Kaiser Permanente Dual Complete

LLAMADAS	1-800-443-0815. Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablen inglés.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer las ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org/espanol

Aviso de divulgación PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

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** (cambie el idioma a español).

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).
- 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 (Member Services) 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** (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **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** (cambie el idioma a español).

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 for 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: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

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

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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**