



MEDICAL: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO

The changes described in this SMM also affect your Summary of Benefits and Coverage (SBC). Remember, you can always get a copy of your SBC by visiting www.uhh.org/library or by calling **(833) 637-3519**.

New network, new rules for transplant and CAR-T services

Effective January 1, 2025, the following changes apply to all transplant-related and CAR-T therapy-related services. (CAR-T is a type of cancer immunotherapy that uses a patient's T cells to fight cancer.)

You must use the Fund-designated transplant and CAR-T network to get benefits for these services. The Fund-designated network for these very specialized types of care gives you access to the highest quality and experienced health care providers across the country.

The Plan will only pay benefits for transplant and CAR-T cell therapy (CAR-T) services (and any related services) if you use the transplant and CAR-T network, available through Optum and Cigna LifeSOURCE.

This is not the same network as your network for other medical services.

What the Plan pays for the covered transplant and CAR-T services is not changing. (For example, office visit copays still apply to office visits.)

This change only applies if you are in a PPO medical benefit option.

To find providers in the Transplant & CAR-T Network contact **HealthCheck360** or visit **uhh.org/transplant**



(833) 637-3519 • uhh.org/fsp

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020

This document constitutes a Summary of Material Modifications (SMM) under the Employee Retirement Income Security Act of 1974, as amended, and summarizes recent actions taken by the Board of Trustees of UNITE HERE HEALTH. It describes benefit and administrative changes affecting the information included in your Summary Plan Description (SPD). This SMM addresses changes to all benefits in your SPD and may include changes and benefits that don't apply to you based on your or your employer's elections.

Please read this information carefully; then, keep it with your SPD for future reference. Except as described in this SMM, the information otherwise contained in your SPD continues to apply.



MEDICAL: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continued)*

Get prior authorization for transplant and CAR-T services

You or your healthcare provider must call HealthCheck360 *before*:

- Getting a transplant evaluation (or any transplant services) — except for cornea transplants; or
- Getting CAR-T services.

Although you normally call Horizon or eviCore for prior authorizations, transplant and CAR-T prior authorizations must go to HealthCheck360.

To get prior authorization, call toll free:

HealthCheck360
(844) 462-7812

Covered transplant expenses

The rules governing benefits for transplant services are generally not changing. (See “What’s Covered” under the Medical benefits section of your SPD). However, there are two changes to how transplant services are covered:

- Transplants (and related services) will only be covered if you use the Fund-designated transplant network. No benefits are payable under the medical benefits for any transplant services if you don’t use the transplant network.
- The exclusion for donor expenses if the donor has other coverage no longer applies.

A new exclusion is added to “What’s not covered” under the Medical benefits section of your SPD:

Transplant-related and CAR-T-related services not provided through the Fund-designated transplant and CAR-T network, if use of the network is required.

Exceptions to the network rule for transplant and CAR-T services

These new rules do not apply if the Plan does not pay primary for you (the employee or dependent). See the “Coordination of Benefits” section of your SPD for more information about the order the Plan pays your benefits if you have other health coverage.

These rules also don’t apply to cornea transplants or emergency medical treatment, or if the Fund or its designee approves a network exception before you get the transplant-related or CAR-T-related services.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



MEDICAL: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continued)*

If you already started getting transplant services and had your transplant evaluation before January 1, 2025, this change will not apply to your transplant.

If your provider leaves the network

If your transplant or CAR-T provider leaves the network, the provider's contract with the transplant and CAR-T network will determine how your continuity of care works. You will be contacted with more information about how the continuity of care rules may apply to you and how to apply, if required.

Free inpatient orthopedic surgery benefit ends

Effective January 1, 2025, you pay regular cost-sharing for inpatient orthopedic surgery at Shore Medical Center in Somers Point, New Jersey.

This change only applies if you are in the PPO medical benefit option.



SHORT-TERM DISABILITY

Clarification to the short-term disability benefit rules

The weekly benefit amount of your short-term disability benefit in effect at the time your disability begins applies throughout your disability (subject to the 26-week maximum benefit period).

If your CBA changes to a different short-term disability benefit option with a different weekly benefit amount, the new weekly benefit amount will only apply to disabilities that begin on or after the effective date of the change in your short-term disability benefit option.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



GENERAL

Court-ordered treatment clarification

Under the general exclusions and limitations section of your Summary Plan Description, the exclusion for court-ordered or court-provided treatment is amended effective November 1, 2024 to read:

Court-ordered or court-provided treatment, unless the treatment would be covered under the Plan in the absence of the court order or requirement.



GENERAL: KAISER HMO

Updates to the Kaiser HMO grievance, claims, and appeals procedures

The claim and appeal rules for the Kaiser HMO medical and prescription drug benefits have been updated. The following language replaces the Kaiser HMO medical and prescription drug benefits section titled “Grievance, claims and appeals” in your Summary Plan Description.

This change only applies if you are in the HMO medical benefit option.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

The UHH Member Portal mobile app gives you 24/7 access to your benefits!

Scan the QR code or search “UHH Member Portal” in your app store.



IPHONE



ANDROID



GENERAL: KAISER HMO *(continued)*

Grievance, claims, and appeals

This is a summary of your rights as of the date this was printed.

Please note, Kaiser may change its procedures, which supersede this summary.

Kaiser providers should always file a claim for you. However, you may have to file a claim for non-Kaiser providers. You should include bills, receipts, medical records, or any other related information. Kaiser may ask for additional information; if you do not provide it, Kaiser will make the final decision with the information it has. You may review, without charge, a copy of all relevant information Kaiser has about your grievance, claim, or appeal.

If, after Kaiser pays your claim, you receive a non-Kaiser provider bill for charges other than your cost-sharing, please call Kaiser.

Another person, such as a friend, relative, or attorney, may file your claim, appeal, or grievance for you (you must inform Kaiser in writing who will represent you). You may file grievances, claims, and appeals for your minor children.

Filing Claims and Grievances

Claims are for services you have already received, such as non-plan or out-of-area urgent or emergency services, ambulance services, post-stabilization care, or services that were not authorized by Kaiser. File these with Kaiser as soon as possible.

Grievances are for any expression of dissatisfaction, including prior authorization denials, requests for non-formulary drugs, services your doctor determines are not medically necessary, services that are not covered, or continued coverage of ongoing courses of treatment. File within 180 days following the incident or action.

Contact **Kaiser** or visit any member services office for more information about your rights or for help.

www.kp.org

(800) 464-4000

(TTY: 711)



GENERAL: KAISER HMO *(continued)*

Initial Filing		
Grievances	Claims for non-Kaiser provider emergency services, post-stabilization care, out-of-area urgent care, or emergency ambulance services	All other services
- Call member services: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visit www.kp.org OR Non urgent grievances: Mail or take your grievance to any member services office* Urgent grievances: Visit any member services office, or: Mail to: Kaiser Foundation Health Plan Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566 Call the Expedited Review Unit: (888) 987-7247 (TTY: 711) Fax the Expedited Review Unit: (888) 987-2252	- Visit www.kp.org OR - Mail your claim to: Kaiser Foundation Health Plan Claims Administration—SCAL P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004	- Mail or take your claim to any member services office* - Call member services: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visit www.kp.org
* Visit www.kp.org for a directory		

For grievances for nonformulary prescription drugs, Kaiser will notify you of the decision within 72 hours (24 hours for an urgent request).

For urgent grievances, you will receive oral notice as soon as your clinical condition requires, but within 72 hours. Contact Kaiser for information about when a grievance is urgent.

Unless you filed an urgent grievance or a grievance for nonformulary prescription drugs, Kaiser will give you its written decision within 30 days after receipt of your initial filing, but may request 15 more days for circumstances beyond its control. Kaiser will make a decision within these extra 15 days.

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



GENERAL: KAISER HMO

(continued)

Filing Appeals

You may appeal a grievance or a claim denied in full or in part within 180 days of receiving Kaiser’s denial. Kaiser will send the final decision within 30 days after receiving your appeal.

Filing an Appeal		
Appealing grievances	Claims for non-Kaiser provider emergency services, post-stabilization care, out-of-area urgent care, or emergency ambulance services	Appealing all other services
• Mail or take your appeal to any member services office* • Call member services: (800) 464-4000 (TTY: 711) • Visit www.kp.org	• Mail your appeal to: Kaiser Foundation Health Plan Special Services Unit P.O. Box 23280 Oakland, CA 94623 • Call member services: (800) 464-4000 (TTY: 711) • Visit www.kp.org	• Mail or take your appeal to any member services office* • Call member services: (800) 464-4000 (TTY: 711) • Visit www.kp.org
* Visit www.kp.org for a directory.		

Independent review organization (IRO) reviews for nonformulary prescription drugs

You may request an IRO review of a denied nonformulary drug within 180 days of receiving the denial.

- Call **(888) 987-7247 (TTY: 711)** or fax: **(888) 987-2252**
- Visit any member services office (visit www.kp.org for a directory)
- Complete a grievance form at www.kp.org
- Mail a written request to:
Kaiser Foundation Health Plan Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566



GENERAL: KAISER HMO *(continued)*

You will receive a decision within 72 hours for non-urgent reviews (24 hours for urgent reviews). If the IRO does not decide in your favor, you may request independent medical review or submit a complaint to the California Department of Managed Healthcare.

Independent medical review

Independent medical review is available if you believe that Kaiser improperly denied, modified, or delayed services or payment of services, and one of the following requirements is met:

- The denial was based on a finding that the services are not medically necessary.
- The requested treatment was denied as experimental or investigational.
- A provider recommended medically necessary services.
- You got emergency services, emergency ambulance services, or urgent care services from a provider who determined the services were medically necessary.
- You were seen by a Plan provider for the diagnosis or treatment of your medical condition.

Also, if you file a grievance and you later need help with it because your grievance is an emergency, it hasn't been resolved to your satisfaction, or it's unresolved after 30 days, you may call the California Department of Managed Health Care toll free at **(888) HMO-2219** and a TDD line **(877) 688-9891** for the hearing and speech impaired for assistance.

Additional appeal rights

You may have additional rights beyond your Kaiser internal and external appeals. Contact Kaiser for more information.

If you need help with a grievance involving an emergency or a grievance unresolved after 30 days, contact the California Department of Managed Health Care.

Kaiser
(800) 464-4000
(TTY: 711)
www.kp.org

**California Dept.
of Managed
Health Care**
(888) HMO-2219
TDD: (877) 688-9891
www.dmhca.ca.gov

Get answers to all your questions: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO

Los cambios descritos en este SMM también afectan su Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés). Recuerde, usted siempre puede obtener una copia de su SBC visitando www.uhh.org/library o llamando al **(833) 637-3519**.

Nueva red, nuevas reglas para los servicios de trasplantes y CAR-T

A partir del 1 de enero de 2025, los siguientes cambios se aplicarán a todos los servicios relacionados con el trasplante y la terapia CAR-T. (CAR-T es un tipo de inmunoterapia contra el cáncer que utiliza las células T del paciente para combatir el cáncer).

Debe utilizar la red de trasplantes y CAR-T designada por el Fondo para obtener los beneficios de estos servicios. La red designada por el Fondo para estos tipos de atención muy especializados les brinda acceso a proveedores de atención médica de la más alta calidad y con experiencia en todo el país.

El Plan solo pagará beneficios por servicios de trasplante y terapia con células CAR-T (CAR-T) (y cualquier servicio relacionado) si utiliza la red de trasplante y CAR-T, disponible a través de Optum y Cigna LifeSOURCE. *Esta no es la misma red que su red para otros servicios médicos.*

Este cambio solo se aplica si tiene una opción de beneficio médico PPO.

Para encontrar proveedores en la red de trasplantes y CAR-T, comuníquese con **HealthCheck360** o visite [**uhh.org/transplant**](http://uhh.org/transplant)



(833) 637-3519 • uhh.org/fsp

P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0020

Este documento presenta un Resumen de las modificaciones de materiales (SMM, según sus siglas en inglés), según la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (ERISA, según sus siglas en inglés), de 1974, según enmienda, y sintetiza las medidas que acaba de tomar el Consejo administrativo de UNITE HERE HEALTH. Describe cambios administrativos y modificaciones en los beneficios que afectan la información incluida en la Descripción resumida del Plan (SPD, según sus siglas en inglés). El SMM aborda los cambios que afectan todos los beneficios presentes en la SPD y puede incluir modificaciones y beneficios que no rigen en su caso particular, según las elecciones que realiza su empleador.

Lea con atención la información y guárdela junto con su SPD, para futura referencia.
Excepto por lo descrito en el SMM, la información que contiene el SPD continúa vigente.



MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continuación)*

Lo que el Plan paga por los servicios de trasplante y CAR-T cubiertos no cambiará. (Por ejemplo, los copagos por visitas al consultorio todavía se aplican a las visitas al consultorio).

Obtenga autorización previa para servicios de trasplante y CAR-T

Usted o su proveedor de atención médica deben llamar a HealthCheck360 **antes de:**

- Recibir una evaluación de trasplante (o cualquier servicio de trasplante), excepto trasplantes de córnea; o
- Obtener servicios CAR-T.

Aunque normalmente se llama a Horizon o eviCore para obtener autorizaciones previas, las autorizaciones previas para trasplantes y CAR-T deben enviarse a HealthCheck360.

Para obtener
autorización previa,
llame gratis a:
HealthCheck360
(844) 462-7812

Gastos de trasplante cubiertos

Las reglas que rigen los beneficios de los servicios de trasplante generalmente no están cambiando. (Consulte “Qué está cubierto” en la sección Beneficios médicos de su SPD). Sin embargo, hay dos cambios en la forma en que se cubren los servicios de trasplante:

- Los trasplantes (y los servicios relacionados) solo estarán cubiertos si utiliza la red de trasplantes designada por el Fondo. No se pagan beneficios bajo los beneficios médicos por ningún servicio de trasplante si no utiliza la red de trasplantes.
- La exclusión de los gastos del donante si el donante tiene otra cobertura ya no se aplica.

Se agrega una nueva exclusión a “Lo que no está cubierto” en la sección beneficios médicos de su SPD:

Servicios relacionados con trasplantes y CAR-T que no se brindan a través de la red de trasplantes y CAR-T designada por el Fondo, si se requiere el uso de la red.

Excepciones a la regla de la red para servicios de trasplante y CAR-T

Estas nuevas reglas no se aplican si el Plan no paga principalmente por usted (el empleado o dependiente). Consulte la sección “Coordinación de beneficios” de su SPD para obtener más información sobre el orden en que el Plan paga sus beneficios si tiene otra cobertura de salud.

Estas reglas tampoco se aplican a los trasplantes de córnea o al tratamiento médico de emergencia, o si el Fondo o su designado aprueba una excepción de red antes de que usted reciba los servicios relacionados con el trasplante o CAR-T.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)



MÉDICO: BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO *(continuación)*

Si ya comenzó a recibir servicios de trasplante y tuvo su evaluación de trasplante antes del 1 de enero de 2025, este cambio no se aplicará a su trasplante.

Si su proveedor deja la red

Si su proveedor de trasplante o CAR-T deja la red, el contrato del proveedor con la red de trasplante y CAR-T determinará cómo funciona su continuidad de atención. Se le comunicará con más información sobre cómo las reglas de continuidad de la atención pueden aplicarse a usted y cómo solicitarlas, si es necesario.

Finaliza el beneficio de cirugía ortopédica gratuita para pacientes internados

A partir del 1 de enero de 2025, usted paga el costo compartido regular por cirugía ortopédica para pacientes internados en Shore Medical Center en Somers Point, Nueva Jersey.

Este cambio solo se aplica si tiene una opción de beneficio médico PPO.



DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Aclaración de las normas sobre beneficios por incapacidad temporal

El monto del beneficio semanal de su beneficio por incapacidad a corto plazo vigente en el momento en que comienza su incapacidad se aplica durante toda su incapacidad (sujeto al período máximo de beneficio de 26 semanas).

Si su CBA cambia a una opción diferente de beneficio por discapacidad a corto plazo con un monto de beneficio semanal diferente, el nuevo monto de beneficio semanal solo se aplicará a las discapacidades que comiencen en o después de la fecha de vigencia del cambio en su opción de beneficio por discapacidad a corto plazo.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • [uhh.org/fsp](https://www.uhh.org/fsp)



GENERAL

Aclaración sobre el tratamiento ordenado por el tribunal

En la sección de exclusiones y limitaciones generales de la Descripción resumida de su plan, la exclusión para el tratamiento ordenado o proporcionado por el tribunal se modifica a partir del 1 de noviembre de 2024 para que se lea como sigue:

Tratamiento ordenado o proporcionado por el tribunal, a menos que el tratamiento estuviera cubierto por el Plan en ausencia de la orden o requisito judicial.



GENERAL: KAISER HMO

Actualizaciones de los procedimientos de quejas, reclamos y apelaciones de Kaiser HMO

Se han actualizado las reglas de reclamos y apelaciones para los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO. El siguiente texto reemplaza la sección de beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO titulada “Quejas, reclamos y apelaciones” en la Descripción resumida del plan.

Este cambio aplica únicamente si usted está en la opción de HMO.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp

¡La aplicación móvil del Portal para Miembros de UHH le brinda acceso a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

Escanee el código QR o busque “UHH Member Portal” en su tienda de aplicaciones.



IPHONE



ANDROID



GENERAL: KAISER HMO *(continuación)*

Quejas, reclamos y apelaciones

Este es un resumen de sus derechos a la fecha de impresión. Por favor, tome en cuenta que Kaiser puede cambiar sus procedimientos, los cuales reemplazan este resumen.

Los proveedores de Kaiser siempre pueden presentar un reclamo por usted. Sin embargo, es posible que usted tenga que presentar un reclamo por los proveedores que no sean de Kaiser. Usted debe incluir, facturas, recibos, registros médicos o cualquier otra información relacionada. Kaiser puede solicitar información adicional; si no desea brindarla, Kaiser tomará la decisión final con la información que tiene. Usted puede revisar, sin cargo alguno, una copia de toda la información relevante que tiene Kaiser sobre su queja, reclamo o apelación.

Si, después de que Kaiser paga su reclamo, usted recibe una factura de un proveedor que no pertenece a Kaiser, por cargos que no sean sus costos compartidos, por favor, llame a Kaiser.

Otra persona, como un amigo, familiar o abogado, puede presentar un reclamo, apelación o queja por usted (usted debe informar a Kaiser por escrito quién lo representará). Usted puede presentar quejas, reclamos y apelaciones por sus hijos menores de edad.

Cómo presentar reclamos y quejas

Reclamos son por servicios que ya ha recibido, como servicios de urgencia o emergencia fuera del plan o fuera del área, servicios de ambulancia, atención posterior a la estabilización o servicios que no fueron autorizados por Kaiser. Presente estos ante Kaiser tan pronto como sea posible.

Quejas son por cualquier expresión de insatisfacción, incluidas denegaciones de autorización previa, solicitudes de medicamentos que no están en el formulario, servicios que su médico determina que no son médicamente necesarios, servicios que no están cubiertos, o cobertura continua de planes de tratamiento en curso. Preséntelas dentro de los 180 días posteriores al incidente o acción.

Comuníquese con **Kaiser** o visite cualquier oficina de servicios a los miembros para obtener más información sobre sus derechos o para recibir ayuda.

www.kp.org

(800) 464-4000

(TTY: 711)

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



GENERAL: KAISER HMO *(continuación)*

Presentación inicial		
Quejas	Reclamaciones por servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a Kaiser, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia	Todos los otros servicios
- Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org O Quejas no urgentes: Envíe por correo o lleve su queja a cualquier oficina de servicios para miembros* Quejas urgentes: Visite cualquier oficina de servicios para miembros, o: <u>Enviar por correo postal a:</u> Kaiser Foundation Health Plan Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566 <u>Llame al Expedited Review Unit:</u> (888) 987-7247 (TTY: 711) <u>Fax del Expedited Review Unit:</u> (888) 987-2252	- Visite www.kp.org O - Envíe su reclamo por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Claims Administration–SCAL P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004	- Envíe su reclamo por correo postal o llévelo a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org
* Visite www.kp.org para un directorio		

Para quejas por medicamentos recetados que no se encuentran en el formulario, Kaiser le notificará sobre la decisión dentro de las 72 horas (24 horas en caso de una solicitud urgente).

Para quejas urgentes, recibirá aviso verbal tan pronto como lo requiera su condición clínica, pero dentro de las 72 horas. Comuníquese con Kaiser para obtener información sobre cuándo la queja es urgente.

A menos que presente una queja urgente o una queja por medicamentos recetados que no están en el formulario, Kaiser le dará su decisión por escrito dentro de los 30 días de recibida su presentación inicial, pero puede solicitar 15 días más debido a circunstancias que escapen a su control. Kaiser tomará una decisión dentro de esos 15 días adicionales.

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



GENERAL: KAISER HMO *(continuación)*

Cómo presentar apelaciones

Usted puede apelar la denegación de una queja o reclamo en su totalidad o en parte dentro de los 180 días de recibida la denegación de Kaiser. Kaiser enviará la decisión final dentro de los 30 días después de recibir su apelación.

Cómo presentar una apelación		
Apelación de quejas	Reclamaciones por servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a Kaiser, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia	Apelación de todos los otros servicios
- Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org	- Envíe su apelación por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Special Services Unit P.O. Box 23280 Oakland, CA 94623 - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org	- Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org
* Visite www.kp.org para un directorio.		

La organización de revisión independiente (IRO) revisa los medicamentos recetados que no figuran en el formulario

Usted puede solicitar una revisión de la IRO de un medicamento denegado que no se encuentra en el formulario dentro de los 180 días de recibir la denegación.

- Llame al **(888) 987-7247 (TTY: 711)** o fax: **(888) 987-2252**
- Visite cualquier oficina de servicios a los miembros (visite www.kp.org para encontrar un directorio).
- Complete un formulario de queja en www.kp.org
- Envíe una solicitud por correo postal a:
Kaiser Foundation Health Plan Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp



GENERAL: KAISER HMO *(continuación)*

Usted recibirá una decisión dentro de las 72 horas para revisiones no urgentes (24 horas para revisiones urgentes). Si la IRO no decide a su favor, puede solicitar una revisión médica independiente o presentar una queja al Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Revisión médica independiente

La revisión médica independiente está disponible si usted cree que Kaiser negó, modificó o retrasó indebidamente los servicios o el pago de los servicios, y se cumple uno de los siguientes requisitos:

- La negación se basó en la conclusión de que los servicios no son médicamente necesarios.
- El tratamiento solicitado fue denegado por ser experimental o investigativo.
- Un proveedor recomendó servicios médicamente necesarios.
- Recibió servicios de emergencia, servicios de ambulancia de emergencia o servicios de atención de urgencia de un proveedor que determinó que los servicios eran médicamente necesarios.
- Usted fue visto por un proveedor del Plan para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica.

Asimismo, si presenta una queja y después necesita ayuda con ella debido a que su queja es una emergencia, no se ha resuelto a su satisfacción o no se resuelve después de 30 días, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al número de llamada gratuita **(888) HMO-2219** y a la línea de TDD **(877) 688-9891** para recibir asistencia para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje.

Derechos de apelación adicionales

Puede tener derechos adicionales más allá de sus apelaciones internas y externas de Kaiser. Comuníquese con Kaiser para obtener más información.

Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia o una queja no resuelta después de 30 días, comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Kaiser

(800) 464-4000

(TTY: 711)

www.kp.org

California Dept. of Managed Health Care

(888) HMO-2219

TDD: (877) 688-9891

www.dmhca.ca.gov

Obtenga respuestas a todas sus preguntas: (833) 637-3519 • uhh.org/fsp