

Cuidado para todo lo que usted es



Reciba atención médica diseñada para usted

El cuidado que damos lo abarca todo...

los chequeos más rutinarios, los tratamientos más complejos y esas preguntas que surgen en plena madrugada;

tener más vigor, quitarse el estrés, o criar una familia;

fijarse nuevos retos, dejar atrás viejos hábitos y cuidar su bienestar mental.

No importa cuál sea su objetivo, el nuestro no cambia: darle una atención de primera: para usted que se siente en la cima del mundo, para usted que necesita un hombro donde apoyarse, y para usted en cualquier otro momento.



Parte Uno del Formulario de Revelación

603910 UNITE HERE HEALTH - NCAL
Región Local: Norte del California
1 enero 2024 hasta 31 diciembre 2024

Beneficios Principales Para Kaiser Permanente Traditional HMO Plan

Periodo de Acumulación

El Periodo de Acumulación para este plan es del 1 de enero al 31 de diciembre.

Gastos máximos de bolsillo y deducibles

Para los servicios que aplican a los gastos máximos de bolsillo, no pagará más costos compartidos durante el Periodo de Acumulación restante cuando haya alcanzado los montos que se indican a continuación.

Montos por Periodo de Acumulación	Cobertura solo para el miembro (una familia de un solo miembro)	Cobertura para familias Cada miembro en una familia de dos o más miembros	Cobertura para familias Para toda una familia de dos o más miembros
Máximo Desembolsable del Plan	\$2,000	\$2,000	\$4,000
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Deducible del Medicamento	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Visitas al Consultorio de un Proveedor del Plan

Usted Paga

La mayoría de las Visitas de Atención Médica Primaria y la mayoría de las Visitas al Especialista no Médico	\$20 por visita
La mayoría de las Visitas al Especialista Médico.....	\$20 por visita
Exámenes físicos de mantenimiento de rutina, incluidos exámenes para la mujer sana	Sin costo
Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses de edad)	Sin costo
Exámenes prenatales programados	Sin costo
Exámenes de ojos de rutina con un Optometrista del Plan	Sin costo
Consultas, evaluación y tratamientos de atención urgente.....	\$20 por visita
La mayoría de las terapias físicas, ocupacionales y del habla	\$20 por visita

Consultas de Telesalud

Usted Paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por video interactivo	Sin costo
Consultas a especialistas médicos por video interactivo	Sin costo
Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por teléfono.....	Sin costo
Consultas a especialistas médicos por teléfono	Sin costo

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Usted Paga

Cirugía ambulatoria y ciertos otros procedimientos ambulatorios.....	\$20 por procedimiento
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna)	Sin costo
La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio	Sin costo

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Usted Paga

Habitación y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos.....	\$500 por admisión
--	--------------------

Servicios de Emergencia

Usted Paga

Visitas al Departamento de Emergencias	\$150 por visita
--	------------------

Nota: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados en lugar del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte "Servicios para Pacientes Hospitalizados" a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Servicios de Ambulancia

Usted Paga

Servicios de ambulancia	\$50 por viaje
-------------------------------	----------------

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica

Usted Paga

Cubiertos para pacientes ambulatorios de acuerdo con nuestras pautas del formulario de medicamentos:	
La mayoría de los artículos genéricos (Nivel 1) en una Farmacia del Plan	\$10 suministro máximo para 30-días
Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos genéricos (Nivel 1) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$20 suministro máximo para 100-días
La mayoría de los artículos de marca (Nivel 2) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días

Parte Uno del Formulario de Revelación

(continuación)

Cobertura de Medicamentos con Receta Médica**Usted Paga**

Volver a surtir recetas de la mayoría de los medicamentos de marca (Nivel 2) por medio de nuestro servicio de pedidos por correo	\$60 suministro máximo para 100-días
Mayoría de los artículos para especialidades (Nivel 4) en una Farmacia del Plan	\$30 suministro máximo para 30-días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME)**Usted Paga**

Artículos de DME como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Coseguro del 20%
--	------------------

Servicios de Salud Mental**Usted Paga**

Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados	\$500 por admisión
Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes externos	\$10 por visita

Tratamiento de Trastorno por Consumo de Sustancias**Usted Paga**

Desintoxicación como paciente hospitalizado	\$500 por admisión
Tratamiento y evaluación individuales de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$20 por visita
Tratamiento grupal de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	\$5 por visita

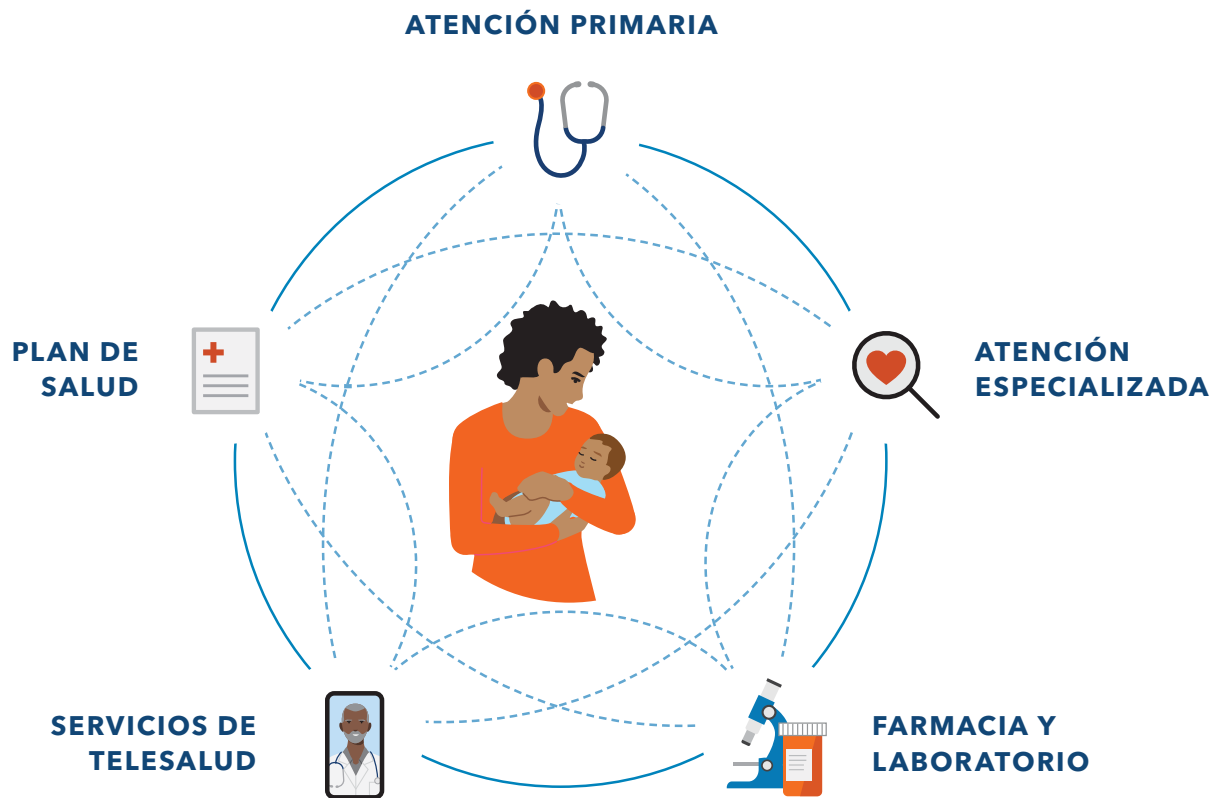
Servicios de Atención Médica en el Hogar**Usted Paga**

Atención médica en el hogar (hasta un máximo de 100 visitas por Período de Acumulación)	Sin costo
---	-----------

Otros Servicios**Usted Paga**

Audífonos cada 36 meses	Cantidades que superen \$3,000 Asignación por aparato
Atención en una instalación de enfermería especializada (hasta un máximo de 100 días por período de beneficios)	Sin costo
Dispositivos protésicos y ortóticos como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Sin costo
Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad e inseminación artificial, tales como procedimientos ambulatorios o pruebas de laboratorio, como se describe en el folleto <i>EOC</i>	Coseguro del 50%
Servicios de tecnología de reproducción asistida ("ART", por sus siglas en inglés)	No está cubierto
Atención de hospicio	Sin costo

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. En este cuadro no se explican los beneficios, Costo Compartido, pagos máximos de su bolsillo, exclusiones o limitaciones, ni se listan todos los beneficios y Costo Compartido. Por favor consulte el folleto *EOC* si desea obtener una explicación completa. Observe que proporcionamos todos los beneficios requeridos por ley (por ejemplo, los suministros para pruebas de la diabetes).



Un modelo diseñado para simplificarle la vida

Gracias a la atención y la cobertura combinadas; los médicos, los hospitales y los beneficios de su plan de salud de Kaiser Permanente están conectados y comprometidos a brindarle una atención excepcional; justo a su medida.

Se trata de acceso más fácil a los mejores especialistas y a los tratamientos más avanzados.

Se trata de costos predecibles y menos papeleo.

Se trata de la atención adecuada, justo cuando la necesita.



Descubra cómo podemos ayudarle a mantenerse saludable y seguir haciendo lo que más le apasiona.

kp.org/todousted

Atención personalizada

Para usted que merece comprensión

Los médicos de Kaiser Permanente tienen una sola prioridad: su salud. Su historia clínica electrónica le brinda información al equipo de atención sobre sus antecedentes de salud para que su médico pueda planificar la atención adecuada para usted. Además se familiariza con su estilo de vida, sus riesgos y sus objetivos para comprender qué es lo que más le importa a usted y así ser su mejor aliado en salud.



Descubra cómo el cuidado de salud se adapta a su vida.
kp.org/atencionconectada

Le guiamos en cada paso de su atención



Sus antecedentes de salud se encuentran en su historia clínica electrónica.



Su médico le ayuda con las citas y las referencias.



Su historia clínica está disponible para usted y su equipo de atención 24/7.



Su equipo de atención le avisa cuándo hacerse exámenes médicos y pruebas.

Atención que es conveniente

Para usted que tiene una agenda ocupada

Visite kp.org/espanol o use la aplicación para hacer una cita de rutina en persona para el mismo día o el día siguiente. También puede consultar a un profesional clínico por teléfono o videollamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.¹ Sin importar cómo decida comunicarse, siempre podrá hablar con un profesional de la salud que puede consultar sus antecedentes de salud y continuar con su atención de manera ágil y sencilla.

Haga mucho más en una sola visita

La mayoría de los centros de atención tienen farmacias y laboratorios en el mismo edificio, por lo que puede consultar a su médico, hacerse pruebas de laboratorio y recoger sus medicamentos, todo en un solo lugar.

Su bienestar en la palma de su mano

- Reciba atención virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Envíe correos electrónicos a su equipo de atención.
- Consulte la mayoría de los resultados de laboratorio y las notas del médico.
- Vuelva a surtir la mayoría de los medicamentos.
- Revise sus citas.
- Pague las facturas y consulte sus estados de cuenta.



Descubra cómo la aplicación de Kaiser Permanente le permite administrar su atención. kp.org/movil

9:41

KAISER PERMANENTE

Hi, Samantha

Get Care

Online Care
Get quick care through the app.

Call for Care
Talk with a licensed care provider by phone.

In-Person Care
Make an appointment or find care locations.

FAST COMPANY

THE WEBBY AWARDS

La aplicación móvil ganó el premio "Design Company of the Year" (Compañía de diseño del año) de Fast Company de 2022 y el premio "People's Voice" (La voz de la gente) de Webby Awards de 2022 en la categoría aplicaciones de salud y acondicionamiento físico.

Cuenta con cobertura mientras viaja



Si piensa viajar, podemos ayudarle a coordinar sus vacunas, volver a surtir sus medicamentos y mucho más. Además, mientras esté de viaje, contará con cobertura para atención de urgencia y de emergencia en cualquier lugar del mundo, incluso en centros de atención que no sean de Kaiser Permanente.

Atención de primera clase

Para usted que espera recibir lo mejor

Sea cual sea la atención que necesita –salud mental, maternidad, atención del cáncer, salud del corazón y más– tiene acceso a médicos especializados, tecnología de última generación y atención basada en la evidencia más reciente.



Conozca cómo los médicos y especialistas trabajan para usted.

kp.org/atencion-especializada



Nos destacamos a nivel nacional en la realización de pruebas de detección y la investigación. Además, nuestros planes de salud se encuentran entre los de calificación más alta en cada uno de los estados en los que ofrecemos servicios.^{2,3,4}

Los miembros de Kaiser Permanente tienen un:



33%

más de posibilidades de sobrevivir a una enfermedad cardíaca⁵

52%

más de posibilidades de sobrevivir a un cáncer colorrectal⁶

20%

menos de posibilidades de sufrir una muerte prematura por cáncer⁷



Los 39 hospitales han recibido el reconocimiento de la revista *U.S. News & World Report* por su alto desempeño en uno o más tipos de atención.

Atención integral

Para usted que desea explorar todas sus opciones de salud

Los miembros de Kaiser Permanente pueden recibir ayuda para la depresión, la ansiedad, las adicciones y la salud mental o emocional, sin necesidad de una referencia. También tienen acceso a aplicaciones de autocuidado que ofrecen ayuda para su bienestar mental general.^{8,9}



Calm

Es una de las principales aplicaciones para conciliar el sueño y meditar.



Ginger

Envíe un mensaje a un asesor individual de apoyo emocional en cualquier lugar.¹⁰



myStrength

Cree un plan personalizado para fortalecer su salud emocional.



Conozca más sobre la atención de la salud mental.
kp.org/saludmental

Recursos para el bienestar diario

Aproveche las clases, los servicios y los programas que le ayudarán a alcanzar sus metas relacionadas con la salud y el acondicionamiento físico.¹¹

- Acupuntura, terapia de masajes y atención quiropráctica
- Precios reducidos en membresías de gimnasios
- Programas para un estilo de vida saludable
- Asesoría en bienestar
- Clases de acondicionamiento físico en línea con la aplicación ClassPass

Atención que es **confiable**

Para usted que desea contar con un médico en quien pueda confiar

Su salud es un viaje de por vida y queremos que tenga el mejor médico con quien pueda recorrer grandes distancias. Contratamos médicos y personal que hablan más de un idioma y que brindan una atención que se adapta a su cultura, etnia y estilo de vida. Además, puede elegir o cambiar de médico en cualquier momento.



Le ofrecemos ayuda en cada paso, desde encontrar el médico adecuado hasta hacer la transición de la atención.

kp.org/nuevosmiembros

“

La Dra. Weniger fue agradable, muy amable y meticulosa. Cuando finalizó la consulta, supe que había tomado la decisión correcta en Kaiser Permanente.

”

– **Aimee**, una miembro nueva



Plan de HMO con copago o coseguro

Cómo entender los costos

Con el plan de HMO de Kaiser Permanente, puede esperar costos predecibles de atención médica y ningún deducible. Desde el principio, sabrá cuánto pagará de copago o coseguro por los servicios y los medicamentos recetados.

Estas son algunas de las características:



No tiene que estar pendiente de los deducibles.



La mayoría de los servicios de atención preventiva, como exámenes físicos de rutina, mamografías y pruebas de colesterol, se cubren sin costo o con un copago.¹



Usted paga copagos o coseguros por otros servicios cubiertos, incluidos los medicamentos recetados.



No necesita una referencia para ciertas especialidades, como optometría y obstetricia y ginecología.



El gasto máximo de bolsillo ayuda a limitar lo que podría gastar en atención cada año.

Definiciones

Coseguro: porcentaje de los cargos que paga por servicios cubiertos. Por ejemplo: un coseguro del 20 % por un procedimiento para pacientes ambulatorios de \$200 es de \$40.

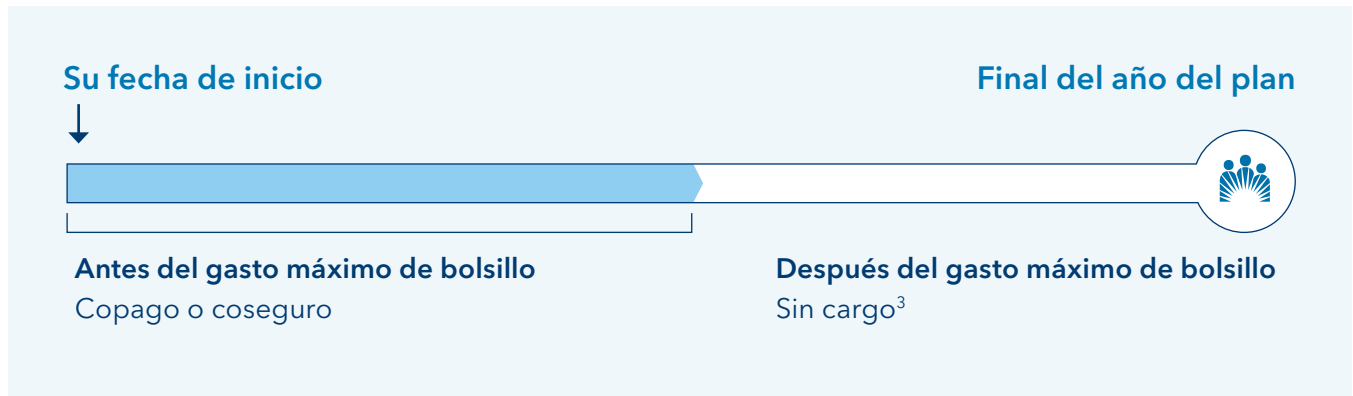
Copago: un monto fijo que paga por servicios cubiertos. Ejemplo: \$20 por una visita al consultorio y \$10 por medicamentos genéricos recetados.

Deducible: la cantidad que usted paga por determinados servicios antes de que Kaiser Permanente empiece a pagar.²

Gasto máximo de bolsillo: el monto máximo que pagará cada año por los servicios cubiertos.³

Qué puede esperar

Con nosotros, le resultará fácil entender qué pagará por la atención médica. Ingrese a kp.org/ca/hmo (haga clic en "Español") y obtenga recursos para conocer los costos de su plan.



Cuánto paga usted por la atención

- Por ciertos servicios cubiertos por el plan, pagará un monto fijo, es decir, un copago. Por otros servicios, pagará un porcentaje de los cargos denominado coseguro. Kaiser Permanente cubre el resto.
- No tendrá que alcanzar un deducible para ningún servicio cubierto por este plan.
- Si alcanza su gasto máximo de bolsillo, no tendrá que pagar los servicios cubiertos durante el resto del año. Para algunos servicios, es posible que tenga que seguir pagando copagos o coseguros después de alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
- Recibirá la mayor parte de la atención preventiva sin costo o con un copago. Obtenga más información en kp.org/prevencion.



Cuánto paga su familia por la atención

- Si su familia tiene cobertura en su plan, también tiene un gasto máximo de bolsillo familiar.
 - Si lo alcanza, ningún miembro de su familia pagará por la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año.
 - Si algún familiar alcanza su gasto máximo de bolsillo individual antes que el resto de la familia, esa persona no tendrá que pagar la mayoría de los servicios cubiertos durante el resto del año.

(continúa en la página siguiente)



Pago de servicios adicionales

- Cuando reciba atención, pagará un copago o un coseguro por los servicios programados. Si recibe servicios adicionales durante la consulta, luego recibirá una factura por los copagos o el coseguro que deba pagar.
- Puede obtener atención en línea, por teléfono y por video a \$0. Esto incluye consultas por teléfono⁴ y por video;⁴ consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana; consultas electrónicas y atención por correo electrónico. Obtenga más información en **kp.org/getcare** (haga clic en “Español”).



Planifique con anticipación: calcule los costos antes de recibir atención

- Una vez que sea miembro, puede registrarse en **kp.org/espanol** y obtener estimaciones personalizadas de más de 500 servicios con la herramienta para calcular costos. La herramienta también le muestra qué tan cerca está de alcanzar su gasto máximo de bolsillo.
- Además, puede obtener estimaciones de costos de medicamentos recetados con la herramienta de cálculo de costos de farmacia.



Costos predecibles de medicamentos recetados

- Los medicamentos genéricos, de marca y especializados se cubren con un copago o coseguro cuando se surten en una farmacia de Kaiser Permanente.
- Muchos de nuestros centros de atención tienen farmacias, pero también puede surtir los medicamentos en línea, a través de la aplicación de Kaiser Permanente, por teléfono o por correo.

Si quiere obtener información más detallada sobre el plan, incluidos los montos de medicamentos recetados y sus copagos, coseguros y gastos máximos de bolsillo específicos, consulte la *Parte Uno del Formulario de Revelación (Disclosure Form Part One)* y la *Parte Dos del Formulario de Revelación (Disclosure Form Part Two)*, o pídale a su administrador de beneficios que le envíe la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.

1. Depende de su plan. 2. En el plan de HMO con copago o coseguro, no hay deducibles. 3. Para algunos servicios, como los de fertilidad y el equipo médico duradero, es posible que tenga que seguir pagando copagos o coseguro después de alcanzar el gasto máximo de bolsillo. 4. Cuando corresponda y estén disponibles.

Sus costos durante las consultas de atención preventiva

Las consultas de atención preventiva pueden ayudarlo a mantenerse saludable. De acuerdo con su plan, la mayoría de estas consultas se cubren sin costo. Sin embargo, si tiene síntomas de una condición médica, tal vez necesite servicios de diagnóstico o tratamiento. En ese caso, es posible que se le facturen los servicios adicionales que reciba. Obtenga más información en kp.org/prevencion.



Atención preventiva

El objetivo de las consultas de atención preventiva es ayudarlo a mantenerse sano y descubrir posibles problemas de salud de manera temprana.

Ejemplos

- Pruebas de presión arterial para todos los adultos.
- Prueba de detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años.
- Prueba de detección de diabetes de tipo 2 para adultos con presión arterial alta.
- Vacunas para los niños desde el nacimiento hasta los 18 años.

Lo que pagará

Para la mayoría de los miembros, las consultas de atención preventiva se cubren sin costo.

Más información

Para consultar la lista completa de los servicios de atención preventiva, ingrese a kp.org/prevencion.



Servicios de diagnóstico o tratamiento

Cualquier tipo de atención o servicio que se brinde para diagnosticar o tratar una enfermedad no se considera preventivo. Estos servicios se prestan en respuesta a los síntomas de una condición médica.

Ejemplos

- La mayoría de los medicamentos, cuando se recetan para tratar o controlar una condición que ya tiene.
- Análisis de laboratorio o radiografías.
- Procedimientos, como extirpación de un lunar o suturas.

Lo que pagará

Es posible que reciba una factura por los servicios de diagnóstico o tratamiento, que puede incluir un copago o coseguro.

Más información

Si tiene preguntas sobre una factura médica, ingrese a kp.org/mybenefits (en inglés) o llame al **1-800-464-4000** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos) o al **711** (TTY). También ofrecemos planes de pago y asistencia financiera para los miembros que cumplan los requisitos.

Estos son los planes de salud de Kaiser Permanente en todo el país: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., en las regiones Norte y Sur de California y en Hawái • Kaiser Foundation Health Plan of Colorado • Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305, 404-364-7000 • Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., en Maryland, Virginia y Washington D. C., 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852 • Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232 • Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 1300 SW 27th St., Renton, WA 98057

Parte Dos del Formulario de Revelación

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

Descripción general de su cobertura

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

Además, este *Formulario de Revelación* describe diferentes planes de beneficios, por ejemplo, planes de beneficios que pueden incluir deducibles para Servicios especificados. Excepto que se indique lo contrario, todo lo que conste en esta sección del *Formulario de Revelación* se aplica a todos los planes de beneficios.

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

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

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse la siguiente notificación en los documentos de formularios de revelación: **"Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los servicios que se mencionan a continuación, que podrían tener cobertura de acuerdo con su contrato del plan y que usted o un familiar podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, entre ellos, anticoncepción de emergencia, esterilización (incluida la ligadura de trompas durante el trabajo de parto y el parto), los tratamientos para la infertilidad o interrupción voluntaria del embarazo. Procure obtener más información antes de inscribirse. Comuníquese con el médico que lo va a atender, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención médica que necesite".**

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

Cómo Obtener Servicios

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

- Referencias autorizadas
- Servicios de ambulancia de emergencia
- Servicios de Emergencia, Cuidados Posestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área
- Cuidados paliativos
- Servicios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base.

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

Servicios de Emergencia

Atención de Emergencia

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

Los servicios de emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los hospitales del plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si recibe Servicios de Emergencia, Cuidados Posestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área por parte de un Proveedor que No Pertenecen al Plan, usted no es responsable de pagar ningún monto que supere el Costo Compartido de los Servicios de Emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturar a Kaiser Permanente, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

Cuidados Posestabilización

Cubrimos los Cuidados Posestabilización de un Proveedor que No Pertenecen al Plan (consulte “Cuidados Posestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de su EOC para obtener información) en las siguientes circunstancias:

- Cuando usted recibe Cuidados Posestabilización de un Proveedor que No Pertenecen al Plan dentro de California o en un centro de la red de PPO de Cigna en un estado donde Kaiser Permanente no opera, cubrimos los Servicios solo si se obtiene autorización previa para la atención o si las leyes correspondientes exigen que se proporcione (“autorización previa” significa que los servicios se deben aprobar con antelación).
- Cuidados Posestabilización por parte de todos los demás proveedores fuera de California si califica como Servicios de Emergencia según la ley federal (su médico tratante ha determinado que usted no puede viajar hasta un Proveedor del Plan por su condición médica o usted o su representante autorizado no están en condiciones de poder dar su consentimiento de acuerdo con la ley estatal de consentimiento informado).

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

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

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base

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

Atención de Urgencia Fuera del Área

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

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

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

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

Su Tarjeta de Identificación

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

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

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

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

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

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

Su Médico Personal del Plan

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

Cómo Obtener una Referencia

Referencias a Proveedores del Plan

Para obtener atención de un especialista, como un cirujano, un ortopedista, un cardiólogo, un oncólogo o un dermatólogo, y para poder recibir terapias físicas, ocupacionales o del habla, primero debe obtener una referencia de un Médico del Plan. Además, un Médico del Plan debe referirlo antes de que pueda recibir atención de los Proveedores Calificados de Servicios para Tratar el Autismo cubiertos en el apartado “Tratamiento de Salud Mental para el Trastorno del Espectro Autista” de la *EOC*. Sin embargo, no necesita una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de cualquiera de los siguientes Proveedores del Plan:

- su Médico Personal del Plan;
- médicos generalistas orientados a la medicina interna, la pediatría y la medicina familiar;
- especialistas en optometría, Servicios de salud mental, tratamiento del trastorno por uso de sustancias y obstetricia/ginecología.

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

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

- Es posible que el proveedor deba obtener autorización previa para determinados Servicios de acuerdo con el apartado “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” de la sección “Cómo Obtener una Referencia”.
- El proveedor podría tener que referirlo a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o condición médica.

Referencias abiertas

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

Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias

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

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

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

Servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la autorización, visite el sitio web kp.org/UM (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa. Consulte el título “Cuidados Posestabilización” en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” de su EOC para conocer los requisitos de autorización para recibir Cuidados Posestabilización por parte de Proveedores que No Pertenecen al Plan.

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

Segundas Opiniones

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

Acceso Oportuno a la Atención

Normas sobre la Disponibilidad de Citas

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

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

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

Acceso Oportuno a Ayuda por Teléfono

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

Servicios de Interpretación

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

Cómo se Paga a los Proveedores del Plan

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

Sus Costos

Costo Compartido (deducibles, Copagos y Coseguro)

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

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

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

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

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular el costo de los Servicios sujetos al Deducible del Plan, llame de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Consulte *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)* para averiguar si tiene un Deducible del Plan.
- Para todos los demás cálculos de Costo Compartido, llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

Los cálculos de Costo Compartido se basan en sus beneficios y en los Servicios que espera recibir. Son una proyección de los costos; no son garantía del costo final de los Servicios. Es posible que su costo final sea mayor o menor que el estimado ya que no puede saberse con antelación todo lo relacionado con su atención.

Copagos y Coseguro

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

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

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

Deducible de Medicamentos

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

Deducible del Plan

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

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

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

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

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

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

Acumulaciones con relación a deducibles y gastos máximos de bolsillo

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

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

Pago de Primas

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

Responsabilidad Financiera

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

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

Reembolso por Servicios de Emergencia, Cuidados Posestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área y Servicios de Ambulancia para Emergencias

Si recibe Servicios de Emergencia, Cuidados Posestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que No Pertenecen al Plan o si recibe Servicios de ambulancia para emergencias, usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo Compartido.

Aplicaremos el Costo Compartido para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor que No Pertenecen al Plan. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturar a Kaiser Permanente, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo para obtener un reembolso.

Esto es lo que necesita hacer para presentar un reclamo:

- Para obtener un formulario de reclamo lo antes posible puede:
 - llamar sin costo a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**),
 - visitar el sitio web kp.org/espanol,
 - uno de nuestros representantes lo atenderá con mucho gusto si necesita ayuda para llenar un formulario de reclamos.

- Si ya pagó los Servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo completo para obtener el reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor que No Pertenece al Plan.
- Para solicitar que se paguen los Servicios a un Proveedor que No Pertenece al Plan debe enviarnos el formulario de reclamo completo e incluir las facturas de ese proveedor. Si el Proveedor que No Pertenece al Plan indica que presentará un reclamo, usted es responsable de asegurarse de que recibamos todo lo necesario para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor que No Pertenece al Plan por Servicios cubiertos que no sean facturas por el Costo Compartido, llame a la línea telefónica sin costo de Servicio a los Miembros al **1-800-390-3510** para recibir ayuda.
- Debe completar y enviarnos toda información que solicitemos para procesar el reclamo, por ejemplo, formularios de reclamo, consentimiento de revelación de historias clínicas, cesiones y reclamos de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentación como documentos de traslado o la verificación de su traslado o itinerario.

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

Cancelación de Beneficios

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

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

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

Para obtener más información, consulte la *EOC*.

Continuidad de la Membresía

Continuidad de la Cobertura de Grupo

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

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

Si lo convocan al servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar recibiendo cobertura durante un tiempo limitado después de lo que, de otra forma, perdería la elegibilidad, si así lo requiere la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados (*Uniformed Services Employment and*

Reemployment Rights Act, USERRA). Comuníquese con su grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de USERRA y cuánto tendrá que pagarle al grupo.

Plan Individual

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

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

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

Cómo Obtener Ayuda

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

Servicio a los Miembros

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

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

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

Llámenos	Comuníquese al 1-800-464-4000 (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación); 1-800-788-0616 (español); 1-800-757-7585 (dialectos chinos). Los usuarios TTY deberán llamar al 711 . Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).
Visítenos	Diríjase a una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte <i>Su Guía</i> o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).
Escríbanos	Envíenos un correo postal a la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención del Plan (para conocer las direcciones, consulte <i>Su Guía</i> o el directorio de centros de atención en el sitio web kp.org/espanol).
Sitio web	Ingresa a kp.org/espanol .

Resolución de Disputas y Arbitraje Vinculante

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

Puede solicitar una revisión médica independiente si considera que hemos denegado, cambiado o demorado incorrectamente Servicios o el pago de Servicios y que (1) nuestra denegación se basó en un hallazgo de que los Servicios no eran Médicamente Necesarios o (2), en el caso de condiciones médicas potencialmente mortales o gravemente debilitantes, que el tratamiento solicitado se denegó por considerárselo experimental o en fase de investigación. Además, en caso de que presente una queja formal y, posteriormente, necesite ayuda al respecto porque su queja formal es una emergencia, no le satisface su resolución o no se resolvió al cabo de 30 días, puede pedir ayuda llamando sin costo al Departamento de Atención Médica Administrada de California a la línea gratuita **1-888-466-2219** y a una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con trastornos del habla o auditivos.

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

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

Disposiciones para la Renovación

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

Principales Exclusiones, Limitaciones y Reducciones de Beneficios

Exclusiones

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

- Atención en un centro de atención residencial, excepto los Servicios cubiertos en “Tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias” y “Servicios de Salud Mental” en la *EOC*.
- Atención que se brinda en un centro de cuidados intermedios, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.

- Servicios de quiropráctica, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Servicios cosméticos, excepto por los Servicios cubiertos en “Cirugía Reconstructiva” y “Dispositivos Protésicos y Ortésicos” en la *EOC*.
- Atención de custodia, excepto por cuidados paliativos cubiertos.
- Servicios y radiografías dentales y de ortodoncia, excepto por los Servicios cubiertos en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la *EOC*.
- Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasas, cinta, productos antisépticos, apósitos, vendas elásticas, pañales, protectores de colchones y otros suministros para la incontinencia.
- Servicios experimentales o en fase de investigación, excepto según se requiera por ley para ciertos ensayos clínicos. Puede solicitar una revisión médica independiente si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle tratamiento porque sea experimental o esté en fase de investigación (consulte la *EOC* para obtener más información sobre la revisión médica independiente y otras opciones para la resolución de disputas).
- Audífonos, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Artículos y servicios que no sean para la atención médica, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo (por ejemplo, cirugía de los ojos o lentes de contacto para corregir la forma del ojo).
- Terapia de masajes, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos alimenticios o herbales, leche maternizada, alimentos, productos para la pérdida de peso, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Exámenes físicos relacionados con empleos, seguros, otorgamiento de licencias, órdenes judiciales o libertad condicional, a menos que un Médico del Plan determine que los Servicios sean Médicamente Necesarios.
- Servicios de rutina para el cuidado de los pies que no sean Médicamente Necesarios.
- Servicios sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) que, por ley, deban contar con dicha aprobación para su venta en EE. UU., excepto por ciertos Servicios experimentales o en fase de investigación y según se exija por ley para ciertos ensayos clínicos.
- Servicios que presten personas sin certificación, excepto por el tratamiento de salud mental cubierto en la sección “Tratamiento de Salud Mental para el Trastorno del Espectro Autista” de la *EOC*.
- Servicios relacionados con la concepción, el embarazo o el parto vinculados con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, con excepción de Servicios que se cubran de otra manera y se presten a un Miembro de Kaiser Permanente que sea la gestante subrogada.
- Servicios relacionados con un Servicio no cubierto, excepto los Servicios que se cubrirían de otra manera para tratar complicaciones del Servicio no cubierto.
- Gastos de traslados y alojamiento, a menos que se indique lo contrario en la *EOC*.
- Tratamiento para la caída o el crecimiento del cabello.

Limitaciones

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

Reducciones

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

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

Cómo Convertirse en Miembro de Kaiser Permanente

Deseamos darle la bienvenida como miembro de Kaiser Permanente.

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

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

Personas que tienen prohibido inscribirse

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

Avisos Varios

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores que No Pertenecen al Plan

Miembro de Kaiser Permanente nuevo

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

Proveedor Cancelado

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

Elegibilidad

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

- Afecciones agudas, es decir, condiciones médicas en las que los síntomas aparecen repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieran atención médica sin demora y que tengan una duración limitada. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que la condición aguda desaparezca.

- Condiciones crónicas graves. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cancelado o (3) el primer día después de completar el ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente, tras consultarle al Miembro y al Proveedor que No Pertenece al Plan y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves para las cuales una de las siguientes afirmaciones es verdadera:
 - persisten y nunca se curan totalmente;
 - empeoran con el tiempo;
 - requieren de tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren.
- Embarazo y atención inmediata posparto. Es posible que cubramos estos Servicios durante el embarazo y la atención inmediata posparto.
- Condiciones de salud mental que puedan influir en las Miembros embarazadas de Kaiser Permanente o que se presenten durante el embarazo o el periodo de posparto incluida, entre otras, la depresión posparto. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios hasta 12 meses desde la fecha en que se emitió el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, la fecha que sea posterior.
- Enfermedades terminales, es decir, enfermedades incurables o irreversibles con alta probabilidad de provocar la muerte en un año o menos. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios durante la enfermedad.
- Atención de niños menores de 3 años de edad. Es posible que cubramos el cumplimiento de estos Servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía del niño, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño.
- Cirugía u otro servicio de salud que se documente como parte de un ciclo de tratamiento y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se realice en un plazo de 180 días de la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado.

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

- Su cobertura del Plan de Salud está vigente en la fecha en la que reciba los Servicios.
- En el caso de Miembros nuevos de Kaiser Permanente, la cobertura de su plan anterior para los Servicios del proveedor ha finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura.
- Recibe Servicios conforme a uno de los casos antes mencionados por parte de un Proveedor que No Pertenece al Plan en la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo, o de un Proveedor cancelado del Plan en la fecha de finalización del contrato de este.
- En el caso de Miembros nuevos, cuando usted se inscribió en el Plan de Salud no tuvo la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro plan (incluida alguna opción que no esté dentro de la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor que No Pertenece al Plan.
- El proveedor acepta por escrito nuestros términos y condiciones de contrato, tales como las condiciones relacionadas con el pago y la prestación de Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente no corresponde si estuviera recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio de Kaiser Permanente al momento de terminarse el contrato del proveedor).
- Los Servicios que se le prestarán serían Servicios cubiertos conforme a la EOC si los brindase un Proveedor del Plan.

- Usted solicita el cumplimiento de los Servicios en un plazo de 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o de la fecha en que finalice el contrato del Proveedor del Plan.

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

Lista de Medicamentos Cubiertos Disponibles

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

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

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

Prácticas de privacidad

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

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

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

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

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

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE PROPORCIONA MÁS INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. Para solicitar una copia, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000**. También puede encontrar el aviso en el Centro de Atención del Plan de su localidad o en el sitio web kp.org/espanol.

Nota Especial sobre Medicare

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

Definiciones

Periodo de Acumulación: periodo de no más de 12 meses consecutivos para agregar montos para alcanzar los deducibles (si corresponde) y el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. Por ejemplo, el Periodo de Acumulación podría ser un año calendario o un año de contrato. Las fechas del Periodo de Acumulación se especifican en *Sus Beneficios (Parte Uno del Formulario de Revelación)*.

Asignación: cantidad específica que puede usar para la compra de un producto. Si el precio de los artículos que selecciona excede la Asignación, usted deberá pagar la diferencia (y este pago no se aplicará a su deducible, si lo hubiera, ni al gasto máximo de bolsillo).

Cargos: hacen referencia a lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

Condición Médica de Emergencia: condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos (incluido dolor intenso) que lo llevarían a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata tendría alguna de las siguientes consecuencias:

- poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto);
- provocar deficiencia grave de las funciones del organismo;
- generar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

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

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

Servicios de Emergencia: todos los servicios siguientes, que se prestan respecto de una Condición Médica de Emergencia:

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

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

Familia: el Suscriptor y todos sus Dependientes.

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

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

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

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

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

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

Estado de Kaiser Permanente: California, Colorado, Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Idaho, Maryland, Oregón, Virginia y Washington.

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

Médicamente Necesario: en el caso de Servicios relacionados con el tratamiento de trastornos de salud mental o por uso de sustancias, un Servicio es Médicamente Necesario si atiende sus necesidades específicas para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o condición médica, o los síntomas de estas; lo que incluye minimizar la evolución de esa enfermedad, lesión o condición médica, o los síntomas de estas, de una manera que cumpla con todo lo siguiente:

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

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

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

Medicare: programa federal de cobertura de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

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

Atención de Urgencia Fuera del Área: servicios Medicamente Necesarios para evitar el deterioro grave de su salud (o la de su bebé en gestación) como consecuencia de una enfermedad, lesión o complicación imprevista de una condición existente (incluido el embarazo), si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio de su Región Base.
- Una persona sensata hubiera creído que su salud (o la del bebé por nacer) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta regresar al Área de Servicio de su Región Base.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuidados Posestabilización: servicios Medicamente Necesarios asociados a su Condición Médica de Emergencia que reciba en un hospital (incluido el departamento de emergencias), un departamento de emergencias independiente o un centro de enfermería especializada después de que el médico tratante determine que su condición médica se ha Estabilizado. Los Cuidados Posestabilización también incluyen equipo médico duradero cubierto en la EOC si es Medicamente Necesario después de recibir el alta del departamento de emergencias y si está relacionado con la misma Condición Médica de Emergencia. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero que cubre su plan, consulte "Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) para Uso en el Hogar" en la sección "Beneficios" de su EOC.

Primas: montos periódicos que su grupo debe pagar por su membresía según la EOC, a menos que usted sea responsable de pagar las Primas si tiene cobertura de Cal-COBRA.

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

Área de Servicio: para los Miembros de Kaiser Permanente inscritos en la **Región Norte de California**, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California:

- Todos los códigos postales del condado de Alameda están dentro de nuestra Área de Servicio: 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377 y 95391.
- Los siguientes códigos postales del condado de Amador están dentro de nuestra Área de Servicio: 95640 y 95669.
- Todos los códigos postales del condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio: 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820 y 94850.
- Los siguientes códigos postales del condado de El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.
- Los siguientes códigos postales del condado de Fresno están dentro de nuestra Área de Servicio: 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.
- Los siguientes códigos postales del condado de Kings están dentro de nuestra Área de Servicio: 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656.
- Los siguientes códigos postales del condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669 y 93720.

- Todos los códigos postales del condado de Marin están dentro de nuestra Área de Servicio: 94901,94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74 y 94976-79.
- Los siguientes códigos postales del condado de Mariposa están dentro de nuestra Área de Servicio: 93601, 93623 y 93653.
- Todos los códigos postales del condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599 y 95476.
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer están dentro de nuestra Área de Servicio: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661,95663, 95668,95677-78, 95681, 95703, 95722,95736, 95746-47 y 95765.
- Todos los códigos postales del condado de Sacramento están dentro de nuestra Área de Servicio: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571,95608-11,95615, 95621,95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894 y 95899.
- Todos los códigos postales del condado de San Francisco están dentro de nuestra Área de Servicio: 94102-05, 94107-12, 94114-27, 94129-34, 94137, 94139-47, 94151,94158-61, 94163-64, 94172, 94177 y 94188.
- Todos los códigos postales del condado de San Joaquín están dentro de nuestra Área de Servicio: 94514, 95201-15, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686 y 95690.
- Todos los códigos postales del condado de San Mateo están dentro de nuestra Área de Servicio: 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04 y 94497.
- Los siguientes códigos postales del condado de Santa Clara están dentro de nuestra Área de Servicio: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011,95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101,95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41,95148, 95150-61,95164, 95170, 95172-73, 95190-94 y 95196.
- Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz están dentro de nuestra Área de Servicio: 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073 y 95076-77.
- Todos los códigos postales del condado de Solano están dentro de nuestra Área de Servicio: 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694 y 95696.
- Los siguientes códigos postales del condado de Sonoma están dentro de nuestra Área de Servicio: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972,94975, 94999,95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87 y 95492.
- Todos los códigos postales del condado de Stanislaus están dentro de nuestra Área de Servicio: 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87 y 95397.
- Los siguientes códigos postales del condado de Sutter están dentro de nuestra Área de Servicio: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692 y 95836-7.
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.
- Los siguientes códigos postales del condado de Yolo están dentro de nuestra Área de Servicio: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.
- Los siguientes códigos postales del condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio: 95692, 95903 y 95961.

Para los Miembros de Kaiser Permanente inscritos en la **Región Sur de California**, los siguientes códigos postales de cada condado están incluidos en nuestra Área de Servicio:

- Los siguientes códigos postales del condado de Imperial están dentro de nuestra Área de Servicio: 92274-75
- Los siguientes códigos postales del condado de Kern están dentro de nuestra Área de Servicio: 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.
- Los siguientes códigos postales del condado de Los Ángeles están dentro de nuestra Área de Servicio: 90001-84, 90086-91, 90093-96, 90099, 90134, 90189, 90201-02, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-35, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 90899, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91495-96, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91526, 91601-12, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91 y 93599.
- Todos los códigos postales del condado de Orange están dentro de nuestra Área de Servicio: 90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711-12, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92850, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87 y 92899.
- Los siguientes códigos postales del condado de Riverside están dentro de nuestra Área de Servicio: 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.
- Los siguientes códigos postales del condado de San Bernardino están dentro de nuestra Área de Servicio: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427 y 92880.
- Los siguientes códigos postales del condado de San Diego están dentro de nuestra Área de Servicio: 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.
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio: 93238 y 93261.
- Los siguientes códigos postales del condado de Ventura están dentro de nuestra Área de Servicio: 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.

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

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

Servicios: servicios o productos relacionados con la atención médica (el término “atención médica” abarca tanto la atención de salud física como mental) y tratamientos de salud del comportamiento cubiertos según la sección “Tratamiento de Salud Mental para el Trastorno del Espectro Autista” de la *EOC*.

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

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

Acuerdos de Maternidad Subrogada: un acuerdo en el que una persona acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o los bebés) a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo (o criarlos), independientemente de si esta persona recibe un pago por ser madre subrogada. A los efectos de la *EOC*, “Acuerdos de Maternidad Subrogada” incluye todos los tipos de acuerdos de maternidad subrogada, incluidos los acuerdos de maternidad subrogada tradicionales y los acuerdos de maternidad subrogada gestacionales.

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

Atención de Urgencia: servicios Médicamente Necesarios para tratar una condición médica que requiera atención médica sin demora, pero que no se considere una Condición Médica de Emergencia.

Avisos importantes

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。

TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែបងកសាងដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາບແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngx jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaiah 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áá'át'é, t'áá álahjì' jìigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjì áá'át'é. Ata' hane' yídíikìl, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíits'íligíí yídíikìl. Hane' bee bik'í' di'díitííligíí dóó bee hane' didíits'íligíí bína'idílkidgo yídíikìl. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjì', jìigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjì áá'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

Aviso de no discriminación

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

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

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

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

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

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

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/ubicaciones [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).

- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) 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 (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

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

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **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. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

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

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

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

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

Atención completa para ayudarle a vivir una vida más plena y saludable

Con Kaiser Permanente, usted cuenta con un aliado de confianza que prioriza su salud y hace que le resulte más fácil obtener la atención que necesita. Por eso, los miembros eligen continuar con Kaiser Permanente casi 3 veces más que con otros planes de salud.¹²

¿Necesita más información?



Visite kp.org/todousted para comprar planes y recibir ayuda con cualquier pregunta que tenga sobre su atención médica.

Para hablar con un especialista en inscripción, llame al **1-800-514-0985** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico.

Los miembros actuales de Kaiser Permanente que tengan alguna pregunta pueden llamar a Servicio a los Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado en días festivos).

- **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas con servicios de interpretación)
- **1-800-788-0616** (español)
- **1-800-757-7585** (dialectos chinos)
- **711** (TTY)



