Información Importante Dentro

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

KAISER PERMANENTE®

Health Plan of San Mateo

Guía para Miembros

Lo que debe saber sobre sus beneficios

Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (EOC/DF) Combinados 2022

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2022
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Región del Norte de California

Índice

Índice ..... **i**
Otros idiomas y formatos ..... **ix**
Otros idiomas ix
Otros formatos ix
Servicios de interpretación ix
¡Bienvenido a Kaiser Permanente! **1**
Guía para Miembros 1
Comuníquese con nosotros 2
1. Introducción para Miembros **3**
Cómo obtener ayuda 3
Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente 3
Cómo obtener ayuda de Health Plan of San Mateo 4
Transitional Medi-Cal 4
Quién puede ser asignado a nosotros 4
Tarjetas de identificación (“ID”) 4
2. Acerca de su plan de salud **6**
Descripción general del Plan de Salud 6
Cuándo comienza y termina su cobertura 6
Consideraciones especiales sobre la atención médica administrada para los nativos americanos 8
Cómo funciona su plan 8
Cómo cambiar de red de proveedores 9
Estudiantes universitarios que se mudan a otro condado o fuera de California 10
Asistir a la universidad fuera de la Región Base en California 10
Asistir a la universidad fuera de California 10
Continuidad de la Atención 11
Cumplimiento de los Servicios Cubiertos de Proveedores fuera del Plan 11
Miembros nuevos 11
Miembros existentes 11
Elegibilidad 11

Más información 14
Costos 14
Costos para los Miembros 14
Para Miembros con Atención a Largo Plazo y un Pago Compartido 15
Cómo se les paga a los proveedores 15
Cómo solicitarnos el pago de una factura 15
3. Cómo recibir atención 17
Cómo obtener servicios de atención para la salud 17
Proveedor de Atención Primaria (“PCP”) 18
Elección de médicos y otros proveedores 20
Evaluación de la Salud Inicial (“IHA”) 20
Cuidados de Rutina 21
Red de proveedores de Medi-Cal 22
Proveedores de la Red 22
Proveedores que No Pertenecen a la Red y están dentro de su Región Base 23
Proveedores fuera de su Región Base 24
Médicos 25
Hospitales 26
Especialistas en salud de la mujer 26
Directorio de Proveedores 26
Acceso oportuno a la atención 27
Servicios de interpretación 28
Tiempo de traslado o distancia para la atención médica 29
Citas 29
Cómo llegar a su citas 30
Cómo cancelar y reprogramar citas 30
Pago 30
Referencias 31
Aprobación previa (Autorización Previa) 33
Segundas opiniones 35
Atención Sensible 36
Servicios con consentimiento del menor 36
Atención Sensible para Adultos 37
Objeción moral 38
Atención de Urgencia 39
Atención de Emergencia 40

Atención de Postestabilización....41
Línea de Citas y Consejos....42
Instrucciones por anticipado....43
Donación de órganos y de tejidos....43
4. Beneficios y servicios....44
Qué cubre su plan de salud....44
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Kaiser Permanente....47
Servicios para pacientes ambulatorios....47
Vacunas para Adultos....47
Atención de alergias....48
Servicios de un anestesiólogo....48
Servicios quiroprácticos....48
Servicios de diálisis y hemodiálisis....49
Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios....49
Servicios médicos....49
Servicios diádicos....49
Servicios de podología (para los pies)....50
Terapias de tratamiento....50
Cuidados de maternidad y del recién nacido....50
Educación sobre la lactancia materna....50
Extractores de leche y suministros....50
Parto y atención posparto....51
Atención prenatal....51
Servicios del centro de partos....51
Servicios de Enfermera Partera Certificada (“CNM”)....51
Servicios de Partera Titulada (“LM”)....51
Prueba y asesoramiento para las alteraciones genéticas....51
Cuidado del recién nacido....51
Provisional Postpartum Care Extension Program *(vigencia a partir del 1 de abril de 2022)*....52
Postpartum Care Extension Program *(vigencia a partir del 1 de abril de 2022)*....52
Servicios de telesalud....52
Servicios de salud mental....53
Evaluaciones de salud mental....53
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios para trastornos leves a moderados....53
Servicios de Emergencia....54

Servicios a pacientes ambulatorios y hospitalizados necesarios para tratar una emergencia médica 54
Servicios de transporte de emergencia 55
Educación para la salud 55
Cuidados paliativos y para enfermos terminales....55
Cuidados paliativos 55
Cuidados para enfermos terminales....57
Hospitalización 58
Servicios de un anestesiólogo....58
Servicios para pacientes hospitalizados....58
Servicios quirúrgicos 58
Secuenciación Rápida del Genoma Completo....58
Servicios de investigación 59
Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios cubiertos por Kaiser Permanente....59
Nutrición enteral y parenteral 59
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos....60
Suministros para Pruebas de Diabetes....60
Otros artículos recetados que cubrimos....60
Límite de suministro al día....60
Lista de medicamentos recetados disponibles para los artículos recetados cubiertos por Kaiser Permanente....61
Lista de Medicamentos por Contrato para los medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medi-Cal Rx....62
Farmacias....62
Medicare Parte D....63
Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (“terapia”)....63
Acupuntura 63
Audiología (audición)....64
Tratamiento de salud del comportamiento 64
Rehabilitación cardíaca 65
Equipo médico duradero 65
Aparatos auditivos....67
Servicios de salud domiciliaria 68
Suministros médicos, equipos y dispositivos 68
Terapia ocupacional....69
Artículos ortésicos/prostésicos....70
Suministros para ostomía y urológicos....70

Fisioterapia 71
Rehabilitación pulmonar 71
Servicios en centros de enfermería especializada 71
Terapia del habla 71
Servicios para personas transgénero 71
Ensayos Clínicos 71
Servicios de laboratorio y radiología 73
Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas 73
Servicios preventivos 73
Diabetes Prevention Program (“DPP”) 74
Cirugía reconstructiva 74
Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias 74
Servicios para la vista 75
Exámenes de rutina de los ojos 75
Anteojos 75
Dispositivos para visión disminuida 76
Lentes de contacto especiales 76
Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia 76
Transporte Médico para situaciones que no son de emergencia 77
Límites del Trasporte Médico 77
Costo del Transporte Médico en casos que no sean de emergencia para Miembros 77
Transporte No Médico 77
Límites de NMT 78
Costo para Miembros del Transporte No Médico 79
Otros Beneficios y Programas Cubiertos por Kaiser Permanente 79
Servicios Administrados de Apoyo a Largo Plazo (“MLTSS”) 79
Coordinación de la atención 79
Iniciativa de Atención Coordinada (“CCI”) 79
Cal MediConnect 80
Servicios administrados de apoyo a largo plazo (“MLTSS”) de Medi-Cal 80
Administración de la Atención Mejorada 80
Servicios de ECM cubiertos 81
Costo para el miembro 81
Programa Community Supports (“CS”) 81
Trasplantes de Órganos Importantes 82

Trasplantes para niños menores de 21 años 82
Trasplantes para adultos de 21 años y mayores.....82
Programa Whole Child Model (“WCM”).....82
Servicios que puede obtener a través de Health Plan of San Mateo.....83
Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente.....84
Medi-Cal Rx.....84
Lista de Medicamentos por Contrato (“CDL”) de Medi-Cal Rx.....84
Farmacias de Medi-Cal Rx.....85
Servicios especializados de salud mental.....85
Servicios para pacientes ambulatorios.....85
Servicios residenciales.....86
Servicios para pacientes hospitalizados.....86
Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.....86
Oración o curación espiritual.....86
Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”).....87
Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.....87
Los servicios de laboratorio son proporcionados conforme el programa Estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica 87
Cuidado de Salud Pediátrico Diurno 87
Servicios de administración de casos específicos conforme se establece en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR..87
Servicios que no puede obtener a través de Kaiser Permanente ni Medi-Cal.....88
Ciertos exámenes y servicios.....88
Artículos para comodidad o conveniencia.....88
Servicios estéticos.....88
Suministros desechables.....89
Servicios experimentales.....89
Servicios de fertilidad 89
Tratamiento para el crecimiento o la caída del cabello 89
Artículos y servicios que no son para la atención médica.....89
Masoterapia.....90
Servicios de cuidado personal.....91
Reversión de la esterilización.....91
Artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies.....91

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal 91
Servicios prestados por personas sin licencia....92
Servicios relacionados con un servicio sin cobertura....92
Manejo de casos de envenenamiento por plomo en la niñez proporcionado por los departamentos de salud del condado 92
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes....92
5. Bienestar de niños y jóvenes 93
Servicios pediátricos (niños menores de 21 años)....93
Exámenes médicos para el bienestar infantil y atención preventiva....94
Análisis de sangre para la intoxicación por plomo 95
Ayuda para la obtención de los servicios de bienestar de niños y jóvenes .. 95
Otros servicios que los niños pueden obtener a través de Pagos por Servicios ("FFS") de Medi-Cal o de otros programas....96
Revisiones dentales 96
Servicios de referencias adicionales a educación preventiva 96
6. Cómo reportar y solucionar problemas 98
Quejas....99
Apelaciones....101
Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación 104
Quejas y Revisiones Médicas Independientes ("IMR") con el Departamento de Atención Médica Administrada 105
Audiencias Estatales....106
Fraude, despilfarro y abuso....107
Arbitraje Obligatorio....108
Alcance del Arbitraje....108
Reglas de Procedimiento 110
Cómo Solicitar un Arbitraje....110
Presentación de Peticiones de Arbitraje....110
Cuota por Presentación....111
Número de Árbitros 111
Honorarios y Gastos de los Árbitros....112
Costos 112
Disposiciones Generales....112
7. Derechos y responsabilidades....114
Sus derechos 114
Sus responsabilidades 115

Aviso de No Discriminación....116
Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente 117
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)* 118
Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 118
Formas de involucrarse como Miembro....119
Comité Asesor del Consumidor....119
Aviso sobre prácticas de privacidad....119
Aviso sobre la legislación....120
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud y recuperación de daños....120
Aviso sobre recuperación por medio de herencia....121
Notificación de Acción....122
Aviso sobre circunstancias inusuales....122
Aviso sobre la administración de sus beneficios....122
Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros....122
Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores....123
Aviso sobre la obligatoriedad de esta Guía para Miembros para los Miembros....123
Aviso de que Health Plan of San Mateo no es nuestro agente....123
Avisos sobre su cobertura....123

8. Números importantes y palabras clave....124

Números de teléfono importantes....124
Palabras clave....124

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener esta Guía para Miembros y otros materiales del plan sin costo en otros idiomas. Proporcionamos traducciones escritas de traductores calificados. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Lea esta Guía para Miembros a fin de obtener más información sobre los servicios de asistencia con el idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, impresión en letra grande de 20 puntos, en audio y en otros formatos electrónicos accesibles sin costo para usted. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Brindamos servicios de interpretación oral por parte de un intérprete calificado. No es necesario que recurra a un

miembro de la familia o a un amigo para que actúe como intérprete. No recomendamos el uso de menores como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Hay servicios de interpretación, lingüísticos y culturales disponibles sin costo para usted. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o recibir esta Guía para Miembros en un idioma diferente, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). La llamada es gratuita.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجانًا على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجي الاتصال على الرقم (**711**).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل .کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کافیست در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kec pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

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។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 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 (공휴일휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້.ພຽງແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh 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 maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asíníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'į' ąą'át'é, t'áá áłahjį' jíį̨go dóó tł'ée'go áádóó tsosts'íjí ąą'át'é. Ata' hane' yídíikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éí doodago hane' bee didíits'íiłígíí yídíikił. Hane' bee bik'i' di'díítíiłígíí dóó bee hane' didíits'íiłígíí bína'ídiłkidgo yídíikił. Kojį hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjį', jíį̨go dóó tł'ée'go áádóó tsosts'íjí ąą'át'é. (Dahodílzingóne' doo nida'anish dago éí da'deelkaal). TTY chodayooł'ínígíí kojį dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ 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 ਸਿਰਫ਼ 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 คุณสามารถ ขอใช้บริการล่าม แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **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 bổ 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**.

¡Bienvenido a Kaiser Permanente!

Gracias por elegir a Kaiser Permanente como su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Mateo. Health Plan of San Mateo es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. Health Plan of San Mateo trabaja junto con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita. Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Mateo.

Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros le informa acerca de su cobertura bajo el Plan de Salud. Léala cuidadosamente y por completo. Le ayudará a entender y a usar sus beneficios y servicios. También explica sus derechos y responsabilidades como Miembro del Plan de Salud. Si tiene necesidades médicas especiales, asegúrese de leer todas las secciones que le correspondan.

En esta Guía para Miembros, a veces se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. como “nosotros” o “nuestro”. Algunas veces nos referimos a los Miembros como “usted”. Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta Guía para Miembros; consulte el Capítulo 8 (“Números importantes y palabras clave”) para encontrar los términos que debe conocer.

Esta Guía para Miembros también se llama Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación (Evidence of Coverage and Disclosure Form, “EOC/DF”) Combinados. Es un resumen de nuestras reglas y políticas y se basa en el contrato entre el Plan de Salud y Health Plan of San Mateo. Su cobertura de salud está determinada por nuestro contrato con Health Plan of San Mateo. Si recibió o descargó una copia de la Guía para Miembros directamente de Health Plan of San Mateo, descarte esa copia y use esta. Esta Guía para Miembros le brindará la información más precisa sobre los servicios que le podemos proporcionar. Si hay diferencias entre la Guía para Miembros que recibió de Health Plan of San Mateo y esta, este documento será el que usaremos para ayudarle. Llame al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**) para pedir una copia del contrato entre Health Plan of San Mateo y el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care, DHCS).

Puede solicitar otra copia de la Guía para Miembros sin costo si llama al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o si visita nuestro sitio web en **kp.org/medi-cal/documents** (en inglés) para consultar la Guía para Miembros. También puede solicitar, sin costo para usted, una copia de nuestras políticas y procedimientos administrativos y clínicos no patentados, o puede consultar cómo acceder a esta información en nuestro sitio web. Para obtener más información sobre nuestros procedimientos clínicos y administrativos, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Comuníquese con nosotros

Estamos para ayudarle. Si tiene alguna pregunta, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

También puede visitarnos en línea en **kp.org/espanol** en cualquier momento o visitar el Departamento de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte las direcciones en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”]). Para obtener más información sobre nuestros proveedores y ubicaciones, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o visite la página **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).

Gracias,

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

1. Introducción para Miembros

Cómo obtener ayuda

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

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente está aquí para ayudarle. Podemos hacer lo siguiente:

- Responder preguntas sobre servicios que nosotros cubrimos.
- Ayudarle a elegir o cambiar un proveedor de atención primaria (primary care provider, “PCP”).
- Indicarle dónde obtener la atención que necesita.
- Ayudarle a recibir servicios de interpretación si no habla inglés.
- Ayudarle a recibir información en otros idiomas y formatos.

Si necesita ayuda, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros a uno de los siguientes números:

- Español **1-800-788-0616**
- Inglés **1-800-464-4000**
  (y más de 150 idiomas que usan los servicios de interpretación)
- Dialectos chinos **1-800-757-7585**
- TTY **711**

Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita. Debemos asegurarnos de que espere menos de 10 minutos cuando llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. También puede visitarnos en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol**.

Cómo obtener ayuda de Health Plan of San Mateo

Si tiene alguna pregunta sobre Health Plan of San Mateo, llame al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6 p. m.

Transitional Medi-Cal

Transitional Medi-Cal también se llama “Medi-Cal para los trabajadores”. Es posible que pueda recibir los servicios de Transitional Medi-Cal si deja de recibir los de Medi-Cal debido a que:

- Comenzó a ganar más dinero.
- Su familia comenzó a recibir más pensión alimenticia o de manutención.

Puede averiguar los requisitos para obtener Transitional Medi-Cal en la Oficina de Salud y Servicios Humanos de su condado local en **http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx** (en inglés).

Quién puede ser asignado a nosotros

Nosotros no inscribimos a los miembros de manera directa. Para obtener más información sobre cómo solicitar que lo asignen a nosotros, llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

Tarjetas de identificación (“ID”)

Como Miembro del Plan de Salud, recibirá una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. También debe tener una tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, “BIC”) de Medi-Cal que le envió el estado de California. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo su BIC de Medi-Cal y una identificación con fotografía cuando reciba cualquier servicio de atención para la salud o medicamento recetado. Deberá llevar con usted todas las tarjetas de salud en todo momento. A continuación, aparece una tarjeta de identificación de muestra de BIC y de Kaiser Permanente para que vea cómo se verá la suya:

Si no recibe su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente unas semanas después de la fecha en que fue asignado a nosotros, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros de inmediato. Le enviaremos sin costo una nueva. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del Plan de Salud

Health Plan of San Mateo es un plan de salud para las personas que tienen Medi-Cal en el condado de San Mateo. Health Plan of San Mateo trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Health Plan of San Mateo es su plan de atención médica administrada de Medi-Cal y Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Mateo. Cuando elige Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente.

Puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente para obtener más información sobre Kaiser Permanente y cómo hacer que funcione para usted. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integrado de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y The Permanente Medical Group (“Grupo Médico”) trabajan juntos para brindar a nuestros Miembros una atención de calidad. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a los servicios cubiertos que pueda necesitar, como Cuidados de Rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio, Atención de Emergencia, Atención de Urgencia y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

Si tiene preguntas sobre Health Plan of San Mateo, puede llamarles al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando lo asignen a nosotros a través de Health Plan of San Mateo, le enviaremos una tarjeta de identificación de Miembro de Kaiser Permanente en un plazo de dos

semanas a partir de la fecha en que fue asignado. Muestre su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, "BIC") y su tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo cuando reciba cualquier servicio de atención para la salud o medicamento recetado.

La cobertura de su plan de Medi-Cal deberá ser renovada cada año. Si la oficina local de su condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal utilizando fuentes electrónicas, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal. Complete este formulario y devuélvalo a la agencia de servicios humanos de su condado local. Puede devolver su información en línea, en persona o por teléfono u otros medios electrónicos si están disponibles en su condado.

En cualquier momento puede solicitar finalizar su asignación a Kaiser Permanente y elegir otra red de proveedores que trabaje con Health Plan of San Mateo. Para obtener ayuda para elegir una nueva red de proveedores, llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). O visite **www.hpsm.org** (en inglés). También puede solicitar cancelar su Medi-Cal.

Podemos pedirle a Health Plan of San Mateo que lo asigne a una red de proveedores diferente si ocurre una de las siguientes situaciones:

- Su comportamiento amenaza la seguridad del personal de Kaiser Permanente o de cualquier otra persona o propiedad del Centro de Atención del Plan.
- Roba a un Proveedor de la Red o del Centro de Atención del Plan.
- Comete fraude intencionalmente, como presentar una receta que no es válida o permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de Medi-Cal o Kaiser Permanente.

Si Health Plan of San Mateo lo reasigna a una red de proveedores diferente, le informarán por escrito.

Hay ciertos servicios que no están incluidos en el contrato entre Health Plan of San Mateo y Kaiser Permanente. Si necesita los siguientes servicios, Health Plan of San Mateo lo asignará a una red de proveedores diferente:

- Servicios del programa Whole Child Model.
- Servicios en un centro de atención a largo plazo, de atención intermedia o subaguda después del mes de ingreso más el mes siguiente.
- Servicios dentales.

Para obtener más información sobre los servicios mencionados anteriormente, consulte "Servicios que puede obtener a través de Health Plan of San Mateo" en el Capítulo 4 de esta Guía para Miembros.

Su elegibilidad para Medi-Cal con Health Plan of San Mateo puede terminar si se cumple alguna de las siguiente condiciones:

- Se muda fuera del Área de Servicio de Health Plan of San Mateo.
- Está en prisión.
- Ya no tiene Medi-Cal.

Si su elegibilidad con Health Plan of San Mateo y su asignación a Kaiser Permanente termina, todavía puede ser elegible para recibir cobertura de Pago por Servicio (Fee For Service, “FFS”) de Medi-Cal. Si no está seguro de si todavía tiene nuestra cobertura con su Medi-Cal, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Consideraciones especiales sobre la atención médica administrada para los nativos americanos

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

Si es nativo americano, tiene derecho a obtener servicios de atención para la salud con un proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”). También puede permanecer o cancelar su afiliación a Health Plan of San Mateo mientras obtiene servicios de atención para la salud de estas ubicaciones. Para obtener más información sobre la inscripción o la cancelación de la afiliación, llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

Cómo funciona su plan

Health Plan of San Mateo es un plan de atención médica administrada contratado con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California por Medi-Cal. Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Mateo.

Kaiser Permanente brinda servicios de atención para la salud directamente a los Miembros a través de un programa integral de atención médica. Nuestro programa de atención médica le brinda acceso a la mayoría de los servicios cubiertos que pueda necesitar, como Cuidados de Rutina, atención hospitalaria, servicios de laboratorio, Atención de Emergencia, Atención de Urgencia y otros beneficios descritos en esta Guía para Miembros. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

Las políticas de beneficios y los procesos para obtener los servicios cubiertos pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de red de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Mientras sea Miembro de Medi-Cal de Kaiser Permanente, puede ser elegible para obtener algunos servicios adicionales proporcionados a través de FFS de Medi-Cal. Estos incluyen medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, medicamentos de venta sin receta, algunos suministros médicos y suplementos que están disponibles a través del programa Medi-Cal Rx. Los servicios que puede recibir través de FFS de Medi-Cal se describen en el capítulo 4 (“Beneficios y servicios”).

Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede encontrar información sobre Servicio a los Miembros en línea en **kp.org/espanol**.

Para obtener más información sobre Health Plan of San Mateo, llame al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). También puede encontrar información sobre Servicio a los Miembros en línea en **www.hpsm.org** (en inglés).

Cómo cambiar de red de proveedores

Puede dejar Kaiser Permanente y cambiarse a una red de proveedores diferente de Health Plan of San Mateo en cualquier momento. Llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m. Dígales que desea cambiar de red de proveedores. Este cambio no se reflejará de inmediato. Health Plan of San Mateo le informará cuándo entra en vigor la asignación de su nuevo proveedor. Hasta ese momento, debe continuar recibiendo servicios de Kaiser Permanente.

Las políticas de beneficios y los procesos para obtener los servicios cubiertos pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de red de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Si desea dejar Kaiser Permanente antes, puede pedir a Health Plan of San Mateo que lo reasigne de forma acelerada (rápida). Si el motivo de su solicitud cumple los requisitos para una reasignación de forma acelerada, recibirá una carta para avisarle que fue reasignado.

Estudiantes universitarios que se mudan a otro condado o fuera de California

Si se muda a otro condado en California que está fuera de su Región Base para ir a la universidad, solo cubriremos la Atención de Emergencia y Atención de Urgencia en su nuevo condado. La Atención de Emergencia y Atención de Urgencia están disponibles para todos los afiliados de Medi-Cal en todo el estado, independientemente del condado de residencia. Los Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, solo tienen cobertura en su Región Base.

Asistir a la universidad fuera de la Región Base en California

Si está inscrito en Medi-Cal e irá a la universidad fuera de su Región Base en California, no es necesario que solicite Medi-Cal en ese condado. Cuando se muda de forma temporal para ir a la universidad fuera de su Región Base, tiene dos opciones.

Puede elegir alguna de las siguientes opciones:

- Informar a la oficina de su condado local que se muda temporalmente para ir a la universidad y proporcionar su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los expedientes del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del estado. Use esta opción si desea obtener Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, en su nuevo condado. Es posible que deba cambiar su plan de atención médica administrada de Medi-Cal. Si tiene otras preguntas, y para evitar retrasos en la inscripción en su nuevo plan de salud, debe comunicarse con Health Care Options al **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) para que lo ayuden con la inscripción.

  O

- Elija no cambiar su plan de atención médica administrada cuando se muda de forma temporal para ir a la universidad en un condado distinto que está fuera de su Región Base. Es posible que solo pueda acceder a Atención de Emergencia o Atención de Urgencia en el nuevo condado. Para recibir Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, deberá utilizar la red de proveedores de Kaiser Permanente en su Región Base. Consulte el capítulo 3 (“Cómo recibir atención”) para obtener más información sobre Atención de Emergencia y Atención de Urgencia.

Asistir a la universidad fuera de California

Si va a salir de California de forma temporal para asistir a la universidad en otro estado y desea continuar con su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su evaluador de

elegibilidad en la oficina de su condado base. Siempre que sea elegible, Medi-Cal cubrirá la Atención de Emergencia y la Atención de Urgencia en otro estado. También cubriremos la Atención de Emergencia que resulte en hospitalización en Canadá y México si los servicios son aprobados y el médico y el hospital cumplen con las normas de Medi-Cal. Si desea recibir Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, en otro estado, deberá solicitar Medicaid en ese estado. Si se inscribe en Medicaid en otro estado, ya no será elegible para Medi-Cal en California y nosotros no pagaremos por su atención médica. Medi-Cal Rx no cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios fuera de California, excepto para medicamentos recetados que se brindan como parte de la Atención de Emergencia o Atención de Urgencia cubierta.

Continuidad de la Atención

Cumplimiento de los Servicios Cubiertos de Proveedores fuera del Plan

Miembros nuevos

Si es un Miembro nuevo y se atiende con proveedores que no están en la red de Kaiser Permanente, podría mantenerlos por un plazo de hasta 12 meses o más en algunas situaciones. Si su situación médica corresponde a uno de los casos que se muestran a continuación en el título “Elegibilidad”, podrá seguir recibiendo atención con ese proveedor.

Miembros existentes

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

Si lo asignan a un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o tan pronto como sea posible). También le notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación antes de terminar un contrato con un hospital, si este se encuentra en un radio de 15 millas de su lugar de residencia. Es posible que pueda continuar consultando a un proveedor en ese grupo de proveedores o en ese hospital hasta por 12 meses o más en ciertas situaciones. Si su situación médica corresponde a uno de los casos a continuación bajo el título “Elegibilidad”, puede solicitar continuar la atención con ese grupo de proveedores u hospital.

Elegibilidad

Esta sección describe las afecciones médicas por las cuales puede solicitar la Continuidad de la Atención. Hay criterios adicionales que se deben cumplir para que podamos aprobar su solicitud. Esos criterios adicionales se mencionan más adelante en esta sección.

Si aprobamos su solicitud de cumplimiento de los Servicios Cubiertos, cubriremos los servicios que se mencionan a continuación. Para los miembros nuevos, los servicios aprobados están cubiertos por hasta 12 meses a partir de la fecha de inscripción, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

- **Condiciones agudas.** Servicios cubiertos hasta que finalice la condición aguda.
- **Condiciones crónicas graves.** Servicios Cubiertos hasta que se cumpla cualquiera de las siguientes situaciones (la que ocurra primero): (1) los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato con el proveedor; o (2) el primer día después de que se complete un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferirlo al cuidado de un Proveedor de la Red, según lo determine Kaiser Permanente después de consultar al Miembro y al Proveedor que No Pertenece a la Red y de conformidad con las buenas prácticas profesionales. Las condiciones crónicas graves son enfermedades u otras condiciones médicas graves que cumplen con alguna de estas condiciones:
  - ♦ Persiste y nunca se cura totalmente.
  - ♦ Empeora en el transcurso de largos períodos.
  - ♦ Requieren de tratamiento continuo para mantener su remisión o evitar que reaparezcan o empeoren.
- **Cuidados de maternidad.** Servicios Cubiertos mientras esté embarazada o hasta un año después del parto.
- **Servicios para las mujeres que presentan un trastorno de salud mental** durante el embarazo o después del nacimiento del bebé. Servicios Cubiertos por hasta 12 meses desde el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, lo que ocurra posteriormente.
- **Enfermedades terminales.** Servicios Cubiertos mientras dure la enfermedad. Las enfermedades terminales son enfermedades que no pueden curarse o revertirse y es probable que causen la muerte en un año o menos en la mayoría de los casos.
- **Atención de niños menores de 3 años de edad.** Servicios Cubiertos hasta que se cumpla la primera de las siguientes situaciones: (1) 12 meses desde la fecha en que termine el contrato con el proveedor o (2) el tercer cumpleaños del niño.
- **Cirugía u otro procedimiento que forme parte de un ciclo de tratamiento.**
  - ♦ Si usted es un Miembro nuevo, el proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de su fecha de vigencia de la cobertura.

  - ♦ Si el contrato que tiene su proveedor con Kaiser Permanente finaliza, el proveedor debe recomendar y documentar que la cirugía o el procedimiento se realice en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de finalización del contrato entre Kaiser Permanente y el proveedor.
- **Recibe atención a largo plazo** bajo servicios administrados de apoyo a largo plazo (Managed Long Term Support Services, “MLTSS”).

A fin de calificar para recibir cobertura para estos servicios, deben cumplirse todos los siguientes requisitos:

- Su cobertura de Medi-Cal está vigente en la fecha en la que recibe los servicios.
- En el caso de Miembros nuevos, 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 arriba mencionados de parte de un Proveedor fuera del Plan en la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o de un Proveedor del Plan cuyo contrato ha sido cancelado en la fecha de cancelación del contrato del proveedor.
- 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 pertenezca a la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor fuera del Plan.
- Para Miembros nuevos, debe tener una relación existente con el proveedor con el que solicita continuar.
  - ♦ Para los servicios de tratamiento de salud del comportamiento para niños menores de 21 años, una relación existente significa que usted fue atendido por el proveedor en los seis meses anteriores a su inscripción en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal.
- Para todos los demás servicios, una relación existente significa que el proveedor lo atendió en los últimos 12 meses para una consulta que no es de emergencia.
- El proveedor acepta nuestros términos y condiciones contractuales estándar.
- Los servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y serían servicios cubiertos según esta Guía para Miembros si los recibiera de un Proveedor de la Red.
- Usted solicita la finalización 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 cobertura si es un Miembro nuevo, o de la finalización del contrato del Proveedor del Plan.

- Kaiser Permanente no tiene una inquietud documentada sobre la calidad de atención con el proveedor fuera del plan.

Kaiser Permanente **no** cubrirá el cumplimiento de los servicios cubiertos por los Proveedores fuera del Plan en ninguno de los siguientes casos:

- Los servicios no tienen cobertura de la atención médica administrada de Medi-Cal.
- Su proveedor no acepta trabajar con Kaiser Permanente. Deberá buscar un nuevo proveedor.
- No estamos obligados a brindar Continuidad de la Atención para servicios no cubiertos por Medi-Cal, equipo médico duradero, transporte, otros servicios auxiliares y proveedores de servicios repartidos.

Más información

Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar servicios o una copia de nuestra política sobre el "Cumplimiento de los Servicios Cubiertos", llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros también puede informarle si califica para recibir servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red.

Costos

Costos para los Miembros

Health Plan of San Mateo presta servicios a personas que califican para Medi-Cal. Los Miembros de Health Plan of San Mateo **no** tienen que pagar por los servicios cubiertos que reciben de los Proveedores de la Red. Para ver una lista de servicios cubiertos, consulte el capítulo 4 ("Beneficios y servicios").

Es posible que los servicios que recibe de los Proveedores que No Pertenecen a la Red no estén cubiertos si no obtiene una aprobación previa (autorización previa). En casos donde los servicios no tienen cobertura, es posible que tenga que pagarlos.

Puede ir a los Proveedores que No Pertenecen a la Red para recibir alguna Atención Sensible sin tener una aprobación previa. Para obtener información sobre qué es la Atención Sensible, consulte el título "Atención Sensible" en el capítulo 3 ("Cómo obtener atención").

No necesita tener una aprobación previa para recibir Atención de Emergencia, incluso cuando vaya a Proveedores que No Pertenecen a la Red. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sea a Canadá o México, y necesita Atención de Emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Cuando está dentro de los Estados Unidos, cubriremos sus servicios de Atención de Urgencia. Cuando esté dentro de su Región Base, debe tener una aprobación previa para ir con un proveedor de Atención de Urgencia Fuera de la Red. No necesita aprobación previa para recibir Atención de Urgencia si se encuentra fuera de su Región Base. Si está fuera de los Estados Unidos, los servicios de Atención de Urgencia **no** tendrán cobertura, y deberá pagar por su atención. Su Región Base está en la Región del Norte de California de Kaiser Permanente.

Para Miembros con Atención a Largo Plazo y un Pago Compartido

Es posible que deba pagar un costo compartido mensualmente por sus servicios de atención a largo plazo. El importe de su costo compartido dependerá de sus ingresos y de sus recursos. Cada mes, pagará sus propias facturas médicas, que incluye, entre otros, las facturas de los servicios administrados de apoyo a largo plazo ("MLTSS"), hasta que el monto que haya pagado sea equivalente a su costo compartido. Después de esto, Health Plan of San Mateo cubrirá su atención a largo plazo para ese mes. Para obtener más información sobre el costo compartido , llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Cómo se les paga a los proveedores

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

- Pagos por capitación
  - ♦ A unos proveedores les pagamos un monto establecido cada mes por cada Miembro. A esto se le llama pago por capitación. Trabajamos con los proveedores para decidir sobre el monto del pago.
- Pagos de FFS
  - ♦ Algunos proveedores atienden a los Miembros de Medi-Cal y luego nos envían una factura por los servicios brindados. A esto se le llama pago de FFS. Trabajamos con los proveedores para decidir cuánto se paga por cada servicio.

Para obtener más información sobre cómo le pagamos a los proveedores, visite nuestro sitio web en **kp.org/espanol** o llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Cómo solicitarnos el pago de una factura

Los Servicios Cubiertos son servicios que somos responsables de pagar. Si recibe una factura por un Servicio Cubierto, no la pague. Llame inmediatamente a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si recibe una factura de la farmacia por medicamentos recetados, suministros o suplementos, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx para obtener información en **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés).

Si pagó por un servicio que cree que debemos cubrir, puede presentar una reclamación. Deberá usar un formulario de reclamación e indicarnos por escrito por qué tuvo que pagar. Llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para solicitar un formulario de reclamación. Revisaremos sus reclamaciones para ver si puede recuperar su dinero.

Para presentar una reclamación de pago o reembolso, debe hacer lo siguiente:

- Envíenos lo antes posible un formulario de reclamación completado. Puede obtener un formulario de reclamación en línea de las siguientes maneras:
  - ♦ En nuestro sitio web **kp.org/espanol**.
  - ♦ En persona en cualquiera de las oficinas de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan o con Proveedores del Plan. Puede encontrar la ubicación de los centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”).
  - ♦ Si llama a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** o (TTY **711**).

Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamación.

Si pagó los servicios, debe enviarnos el formulario de reclamación e incluir todas las facturas y los recibos del Proveedor que No Pertenece a la Red. Si desea que paguemos servicios al Proveedor que No Pertenece a la Red, deberá incluir en su formulario de reclamación las facturas del Proveedor que No Pertenece a la Red. Si después recibe facturas del Proveedor que No Pertenece a la Red, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para solicitar ayuda.

Debe enviarnos el formulario de reclamación completado lo antes posible después de haber recibido la atención.

Deberá enviar el formulario de reclamación completado y cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Administration - NCAL
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

3. Cómo recibir atención

Cómo obtener servicios de atención para la salud

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

La información de cobertura en esta Guía para Miembros se aplica cuando obtiene servicios de atención para la salud en su Región Base. Su Región Base es la Región de Kaiser Permanente donde vive. Su Región Base es el Norte de California y se identifica en la portada de esta Guía para Miembros y en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Si visita otra Región de Kaiser Permanente, estará cubierto solo para Atención de Urgencia o Emergencia, a menos que aprobemos previamente los servicios. Para obtener más información sobre cómo encontrar los Proveedores de la Red en su Región Base, consulte nuestro listado de proveedores en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Podrá empezar a usar nuestros servicios de atención para la salud a partir de la fecha de vigencia de su asignación. Este es un resumen de nuestras reglas y políticas, y se basa en el contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Health Plan of San Mateo.

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo, su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, “BIC”) de Medi-Cal, y cualquier otra tarjeta que tenga de su seguro médico. No permita que nadie más use sus tarjetas de identificación ni la BIC.

Nosotros proporcionamos servicios a los Miembros a través de nuestros Proveedores de la Red. Todos trabajan juntos para ofrecerle atención de calidad. Cuando elige Kaiser Permanente como su red de proveedores, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Para ver las ubicaciones de los Proveedores de la Red, visite nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Los nuevos Miembros deben elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, "PCP") que esté en nuestra red de proveedores y en el Área de Servicio de Health Plan of San Mateo. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en la que fue asignado a nosotros. Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los miembros de la familia asignados a Kaiser Permanente.

Si tiene un médico que desea conservar, o si desea conseguir un nuevo PCP, puede buscarlo en el Directorio de Proveedores. Este incluye una lista de todos los PCP en la red de Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores tiene más información para ayudarlo a decidir. Si necesita un Directorio de Proveedores, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Puede encontrar nuestro Directorio de Proveedores, donde puede hacer la búsqueda, en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español"). También puede descargar un Directorio de Proveedores desde nuestro sitio web en **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés). Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si no puede obtener la atención que necesita de un proveedor de la red de Kaiser Permanente, su PCP deberá pedir a The Permanente Medical Group su aprobación para enviarlo a un Proveedor que No Pertenece a la Red. A esto se le conoce como referencia fuera de la red. No necesita la aprobación para ir a un Proveedor que No Pertenece a la Red para obtener Atención Sensible que se describe en el título "Atención Sensible" más adelante en este capítulo.

Lea el resto del capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la red de proveedores.

Los beneficios de farmacia ahora se administran por medio del programa Pago por Servicio (Fee-For-Service, "FFS") Medi-Cal Rx. Para obtener más información, consulte la sección "Otros Beneficios y Programas Cubiertos por Kaiser Permanente" del capítulo 4.

Proveedor de Atención Primaria ("PCP")

Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días contados a partir de que fue asignado a Kaiser Permanente.

Para ayudarlo a encontrar un médico adecuado para usted, puede navegar por nuestros perfiles de médicos en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español"). Puede averiguar qué médicos están recibiendo nuevos pacientes y elegir uno que satisfaga sus necesidades.

Los adultos pueden elegir un PCP de las siguientes opciones:

- medicina para adultos o medicina interna
- medicina familiar
- especialistas en obstetricia/ginecología a quienes The Permanente Medical Group (“Grupo Médico”) designa como PCP

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

También puede elegir obtener su atención médica primaria en un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”), con un proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, “IHCP”) o una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”) en nuestra red. Según el tipo de proveedor, usted podrá elegir un PCP para toda su familia, mientras el PCP esté disponible.

Nota: Los nativos americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no está en nuestra red de proveedores.

Si no elige un PCP en los 30 días posteriores a su asignación, le asignaremos uno.

Puede cambiar a otro médico de Kaiser Permanente disponible en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede cambiar de médico en línea en cualquier momento en **kp.org/espanol** o puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Su PCP hará lo siguiente:

- Se familiarizará con antecedentes de salud y sus necesidades.
- Mantendrá actualizada su historia clínica.
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que necesita.
- Lo referirá (enviará) a un especialista si lo necesita.

Puede consultar el Directorio de Proveedores de Medi-Cal para encontrar un PCP de la red de Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores de Medi-Cal tiene una lista de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente para brindar Servicios Cubiertos por Medi-Cal.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede solicitar que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores llamando al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Elección de médicos y otros proveedores

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

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

Para saber cómo seleccionar o cambiar a su PCP, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Podríamos pedirle que cambie su PCP si el PCP no está recibiendo pacientes nuevos, ha dejado de pertenecer a nuestra red o no atiende a pacientes de su edad. También es posible que le pidamos a Health Plan of San Mateo que lo reasigne a una red de proveedores diferente si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si suele faltar a las citas o llegar tarde a ellas. Si Health Plan of San Mateo lo reasigna a una red de proveedores diferente, se lo dirán por escrito.

Algunas cosas que debe considerar cuando elija un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en un Centro de Atención del Plan al que me guste acudir?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi casa, trabajo o la escuela de mis hijos?
- ¿El médico habla mi idioma?
- ¿El horario de atención del PCP se ajusta a mi horario?

Evaluación de la Salud Inicial (“IHA”)

Recomendamos a los nuevos Miembros que visiten a su nuevo PCP en los primeros 120 días para que les realicen una evaluación de salud inicial (initial health assessment, “IHA”). El objetivo de la IHA es ayudar a su PCP a que conozca sus antecedentes y necesidades de atención médica. Su PCP puede hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos o puede pedirle que llene un cuestionario. Su PCP también le hablará sobre asesoramiento y clases de educación para la salud que lo pueden ayudar.

Lleve su BIC, su tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y su identificación con fotografía a su cita. Es una buena idea llevar una lista de sus medicamentos y de sus preguntas a la consulta. Esté preparado para hablar con su PCP sobre sus necesidades de atención médica y preocupaciones.

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

Si tiene preguntas sobre la IHA, llame a nuestro equipo de coordinación de atención al **510-618-5800** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Cuidados de Rutina

Los cuidados de rutina son la atención médica regular. Incluye atención preventiva, también llamada de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. La atención preventiva incluye exámenes médicos regulares, educación para la salud y asesoramiento. Los niños pueden recibir los servicios de prevención temprana que necesiten como pruebas de la audición y la visión, evaluaciones del proceso de desarrollo y muchos otros servicios recomendados por las pautas de pediatría de Bright Futures. Además de la Atención Preventiva, los Cuidados de Rutina también incluyen la atención cuando está enfermo. Kaiser Permanente cubre los Cuidados de Rutina de sus Proveedores de la Red.

Su PCP:

- Le brindará Cuidados de Rutina, incluidos exámenes médicos regulares, vacunas, tratamientos, recetas médicas y consejos médicos.
- Mantendrá actualizada su historia clínica.
- Lo referirá (enviará) a los especialistas que necesite.
- Solicitará las radiografías, las mamografías o las pruebas de laboratorio que necesite.

Cuando necesite Cuidados de Rutina, puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) para programar una cita o puede hacer una cita en línea. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web **kp.org/espanol**.

Para recibir Atención de Emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubrimos, así como los que no cubrimos, lea el capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) y el capítulo 5 (“Bienestar de niños y jóvenes”) de esta Guía para Miembros.

Todos los Proveedores de la Red pueden usar ayudas y servicios para comunicarse con los Miembros y cuidadores con discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Dígale a su proveedor o llámenos para decirnos lo que necesita.

Red de proveedores de Medi-Cal

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

Kaiser Permanente es su red de proveedores de atención médica a través de Health Plan of San Mateo. Cuando elige Kaiser Permanente, está eligiendo recibir su atención a través de nuestro programa de atención médica. Debe obtener la mayoría de los servicios a través de nuestros Proveedores de la Red.

Puede acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red sin una referencia o aprobación previa para recibir servicios de emergencia o de planificación familiar. También puede acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red para recibir Atención de Urgencia fuera del área, cuando esté en un lugar en el que no prestemos servicios. Debe tener una referencia o aprobación previa para los demás servicios que no pertenecen a la red, o no tendrán cobertura.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden elegir un proveedor de atención médica indígena (“IHCP”) como su PCP, incluso si el IHCP no es una Red de Proveedores.

Si su PCP, hospital u otro proveedor tiene una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, pueden ayudarle a buscar otro Proveedor de la Red que le brindará los servicios que necesita. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para pedir ayuda para encontrar otro Proveedor de la Red. Para obtener más información sobre las objeciones morales, consulte la sección “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Proveedores de la Red

Para la mayoría de sus necesidades de atención médica, usará los proveedores de la red de Kaiser Permanente. Recibirá Cuidados de Rutina, que incluye atención preventiva, de su PCP. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores de la red de Kaiser Permanente.

Para obtener más información acerca de nuestros Proveedores de la Red, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede encontrar los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente y sus ubicaciones en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). Puede descargar una copia del Directorio de Proveedores en **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés).

Para obtener una copia de la Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal Rx, llame al Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-977-2273** y presionar 5 o

llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés).

Para recibir Atención de Emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Excepto para la Atención de Emergencia, Atención de Urgencia fuera de su Región Base o Atención Sensible, debe obtener la aprobación previa de Kaiser Permanente antes de ver a un proveedor fuera de la red de Kaiser Permanente. Si no obtiene la aprobación previa y acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no sea de emergencia, Atención de Urgencia fuera de su Región Base o Atención Sensible, es posible que deba pagar los servicios que obtenga de ese Proveedor que No Pertenece a la Red. Los proveedores de Kaiser Permanente que están fuera de su Región Base son Proveedores que No Pertenecen a la Red.

Proveedores que No Pertenecen a la Red y están dentro de su Región Base

Los proveedores que no pertenecen a la red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con Kaiser Permanente.

Debemos brindarle una aprobación antes de acudir a un Proveedor que No Pertenece a la Red y que está dentro de su Región Base, excepto para recibir:

- Atención de Emergencia
- Atención Sensible

Para recibir Atención de Urgencia dentro de la Región Base, debe acudir a un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente. No necesita tener una aprobación previa para recibir Atención de Urgencia de un Proveedor de la Red.

Debe obtener una aprobación de nuestra parte para recibir Atención de Urgencia de un Proveedor que No Pertenece a la Red y que está dentro de la Región Base. Si no tiene una aprobación previa, es posible que tenga que pagar por la Atención de Urgencia que reciba de un Proveedor que No Pertenece a la Red dentro de su Región Base. Para obtener más información sobre la Atención de Emergencia, Atención de Urgencia y Atención Sensible, consulte los títulos de este capítulo.

Nota: Si usted es indígena estadounidense, puede obtener atención con un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.

Si necesita Servicios Cubiertos que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico, pero no están disponibles en la red de Kaiser Permanente, lo aprobaremos y referiremos a un Proveedor que No Pertenece a la Red para que obtenga esos servicios. Si le damos una referencia para que acuda a un Proveedor que no Pertenece a la Red, pagaremos por su atención.

Es posible que su proveedor de Atención de Urgencia le dé un medicamento como parte de su consulta de Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, nosotros cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta. Si su proveedor de Atención de Urgencia le da una receta para que la lleve a una farmacia, los medicamentos recetados para usted estarán cubiertos por el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título "Medi-Cal Rx" en la sección "Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente" en el capítulo 4.

Si necesita servicios de atención médica para una condición médica elegible de California Children's Services (CCS) y no tenemos un especialista autorizado por CCS en la red que pueda brindarle la atención que necesita, es posible que pueda acudir a un proveedor fuera del red de proveedores sin ningún costo para usted. Para obtener más información sobre el programa CCS, lea el capítulo Beneficios y Servicios de esta guía.

Si necesita ayuda con los servicios Fuera de la Red, hable con su PCP o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Proveedores fuera de su Región Base

Los Cuidados de Rutina, incluida la atención preventiva, no están cubiertos fuera de su Región Base.

Si se encuentra fuera de su Región Base y necesita atención que **no** sea Atención de Emergencia o de Urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hable con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Es posible que su proveedor de Atención de Urgencia le dé un medicamento como parte de su consulta de Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, nosotros cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta. Si su proveedor de Atención de Urgencia le da una receta para que la lleve a una farmacia, los medicamentos recetados para usted estarán cubiertos por el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título "Medi-Cal Rx" en la sección "Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente" en el capítulo 4.

Para recibir Atención de Emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Kaiser Permanente cubre la Atención de Emergencia Fuera de la Red. Si viaja a Canadá o a México y necesita Atención de Emergencia que requiere hospitalización, Kaiser Permanente cubrirá su atención. Si viaja a otros países que no sean Canadá o México y necesita Atención de Emergencia, nosotros **no** cubriremos su atención.

Si paga Atención de Emergencia que requiere hospitalización en Canadá o México, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Envíe un formulario de reclamación y revisaremos su solicitud. Para obtener más información sobre cómo presentar una

reclamación, consulte la sección “Cómo solicitarnos el pago de una factura” en el Capítulo 2.

Si se encuentra en otro estado, incluidos los territorios de los EE. UU. (Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.), tiene cobertura para la Atención de Emergencia. No todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid (Medicaid es el nombre de Medi-Cal en otros estados). Si necesita Atención de Emergencia fuera de California, informe al médico del hospital o de la sala de emergencias lo antes posible que tiene Medi-Cal y es miembro de Kaiser Permanente. Pida al hospital que saque copias de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Dígale al hospital y a los médicos que nos envíen la factura. Si recibe una factura por servicios que recibió en otro estado, llámenos inmediatamente. Trabajaremos con el hospital o el médico para coordinar el pago de su atención.

Medi-Cal no cubre los servicios de Atención de Urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita Atención de Urgencia, Medi-Cal no pagará por su atención.

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

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

Si tiene preguntas sobre los servicios disponibles de Proveedores que No Pertenecen a la Red o fuera de su Región Base, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Médicos

Elegirá a su proveedor de atención primaria (“PCP”) de la red de proveedores. Para encontrar un PCP cerca de usted, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). Puede descargar una copia de nuestro Directorio de Proveedores en **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

También debe llamar si desea confirmar que el PCP que usted quiere recibe nuevos pacientes.

Si tenía un médico antes de ser miembro de Kaiser Permanente y ese médico no forma parte de nuestra red de proveedores, es posible que pueda conservarlo por un tiempo limitado. A esto se le llama Continuidad de la Atención. Puede obtener más información sobre la Continuidad de la Atención en el capítulo 2 de esta Guía para Miembros. Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si necesita un especialista, su PCP le dará una referencia a un especialista en la red de Kaiser Permanente. Algunas especialidades no requieren una referencia. Para obtener más información sobre referencias, consulte el título “Referencias” más adelante en este capítulo 3.

Recuerde, si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Usted conoce mejor que nadie sus necesidades de atención médica, por lo que es mejor si usted lo elige. Si tiene Medicare y Medi-Cal, o si tiene otro seguro de atención médica, no tiene que elegir un PCP.

Si desea cambiar de PCP, debe elegir uno de la red de Kaiser Permanente. Asegúrese de que el PCP esté recibiendo pacientes nuevos. Para saber cómo elegir o cambiar un PCP, visite nuestra página web en **kp.org/espanol**, o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Hospitales

Para recibir Atención de Emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si no es una emergencia y necesita atención en un hospital, su PCP decidirá a qué hospital debe ir. Deberá ir a un hospital de nuestra red. Para encontrar los hospitales de nuestra red, puede consultar nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Especialistas en salud de la mujer

Puede consultar con un especialista en salud de la mujer de la red de Kaiser Permanente para la atención cubierta necesaria a fin de que le brinde servicios de atención para la salud de la mujer de rutina y preventivos. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para ayudarla a encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hablar con un profesional de la salud autorizado las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal (“Directorio de Proveedores”) incluye a los proveedores que participan en la red de proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal. La red es el grupo de proveedores que trabajan con Kaiser Permanente. El Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente Medi-Cal enumera los siguientes tipos de proveedores que están en nuestra red:

- proveedores de planificación familiar

- Centros de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Centers, “FQHC”), si están disponibles
- proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios
- servicios administrados de apoyo a largo plazo (Managed long-term services and supports, “MLTSS”)
- centros de partos independientes (Freestanding Birth Centers, “FBC”), si están disponibles
- hospitales
- proveedores de atención médica indígena (“IHCP”)
- enfermeros con práctica médica y enfermeras parteras
- PCP
- farmacias
- asistentes médicos
- Clínicas de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”), si están disponibles
- especialistas

El Directorio de Proveedores tiene los nombres, las especialidades, las direcciones, los números de teléfono, los horarios de atención y los idiomas que hablan los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente. Indica si el proveedor recibe pacientes nuevos. También proporciona el nivel de accesibilidad física para el edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandales, y baños con puertas anchas y barras de apoyo. Si desea información sobre la educación, la capacitación y los certificados del Colegio de Médicos de un médico, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Puede encontrar el Directorio de Proveedores, donde puede hacer la búsqueda, en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”). Puede descargar una copia en **kp.org/Medi-Cal/documents** (en inglés). Si necesita un Directorio de Proveedores impreso, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de Farmacias de Medi-Cal Rx en **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés). También puede encontrar una farmacia participante cerca de usted llamando a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-977-2273** y presionar 5 o llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Acceso oportuno a la atención

Su proveedor debe ofrecerle una cita dentro de los plazos que se indican a continuación.

Tipo de Cita	Se Debe Ofrecer una Cita Antes de
Citas de Atención de Urgencia que no requieran aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de Atención de Urgencia que requieran aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención médica primaria no urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención especializada no urgentes (de rutina)	15 días hábiles
Citas de atención con un proveedor de salud mental (no un médico) no urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas no urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) relacionados con el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud	15 días hábiles
Tiempos de espera telefónica para Servicio a los Miembros durante el horario de atención normal	10 minutos

Si prefiere hacer una cita para una fecha posterior, que sea más conveniente para usted, o consultar con un proveedor de Kaiser Permanente de su preferencia, respetaremos su decisión. A veces, esperar más tiempo para recibir atención no es un problema. Su proveedor puede darle un tiempo de espera más largo si no es perjudicial para su salud. Debe anotarse en su registro que un mayor tiempo de espera no será perjudicial para su salud.

Los estándares para la disponibilidad de citas no se aplican a la Atención Preventiva. Su médico puede recomendar una programación específica para los servicios preventivos, de acuerdo con sus necesidades. Además, los estándares no se aplican a la atención periódica de seguimiento para condiciones crónicas o a las referencias abiertas para consultar especialistas.

Servicios de interpretación

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando obtenga servicios cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención, sin costo para usted. No recomendamos el uso de menores o familiares como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Si necesita servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, en una farmacia de Medi-Cal Rx que está fuera de la red de Kaiser Permanente, llame al Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Tiempo de traslado o distancia para la atención médica

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

Si necesita atención de un especialista y ese proveedor está ubicado lejos de donde vive, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Pueden ayudarle a encontrar un proveedor más cerca de usted. Si no podemos encontrar atención para usted con un proveedor más cercano, puede solicitar que organicemos el transporte para que vea a un proveedor, incluso si ese proveedor se encuentra lejos de donde vive.

Se considera lejos si no puede llegar a ese especialista dentro de los estándares de tiempo de viaje y distancia para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que pueda existir para su código postal.

Si necesita ayuda con proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** y presione 5 o **711**).

Citas

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su PCP.
- Tenga su número de historia clínica de Kaiser Permanente (que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente) a la mano cuando llame.
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si la oficina está cerrada
- Lleve su BIC, la tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo la tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía a su cita
- Solicite transporte para su cita, si es necesario.
- Solicite ayuda en su idioma o servicios de interpretación, si es necesario

- Llegue a tiempo a su cita, llegue unos minutos antes para registrarse, completar formularios y responder cualquier pregunta que pueda tener su proveedor.
- Llame de inmediato si no puede ir a su cita o si llegará tarde
- Tenga listas sus preguntas e información sobre los medicamentos, en caso de que las necesite.

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

Cómo llegar a su citas

Si no tiene cómo llegar o regresar de sus citas y servicios de atención para la salud, podemos ayudarle a organizar el transporte. La ayuda de transporte está disponible para servicios y citas que no están relacionados con la Atención de Emergencia y es posible que pueda obtener transporte sin costo para usted. Este servicio, llamado Transporte Médico, **no** es para emergencias. Si tiene una emergencia médica, llame al **911**.

Diríjase a la sección “Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia” en el capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) para obtener más información.

Cómo cancelar y reprogramar citas

Si no puede programar su cita, llame al consultorio de su proveedor de inmediato. La mayoría de los médicos le piden que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si pierde citas consecutivas, es posible que su médico ya no quiera verlo como paciente.

Pago

No tiene que pagar por los servicios cubiertos. En la mayoría de los casos, no recibirá una factura de un proveedor. Deberá mostrar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, su tarjeta de identificación de Health Plan of San Mateo y su BIC de Medi-Cal cuando reciba cualquier servicio de atención para la salud o medicamento recetado. Su tarjeta de identificación le indicará a su médico dónde enviar la factura. Puede recibir una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, “EOB”) o un estado de cuenta de nuestra parte o de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Indíquenos el importe facturado, la fecha del servicio y el

motivo de la factura. Usted no es responsable de pagarle a un proveedor ningún monto adeudado por Kaiser Permanente por ningún Servicio Cubierto.

Si recibe una factura de la farmacia por medicamentos recetados, suministros o suplementos, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx para obtener información en **https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés). Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de acudir con un Proveedor que No Pertenece a la Red, excepto cuando necesite:

- Atención de Emergencia
- Atención de Urgencia fuera de su Región Base
    - ♦ Cuando esté dentro de su Región Base, debe tener una aprobación previa para ir con un Proveedor de Atención de Urgencia que No Pertenece a la Red.
- Atención Sensible

Si no obtiene la aprobación previa, es posible que deba pagar la atención de proveedores que están fuera de nuestra red de proveedores. Para obtener más información sobre los servicios de Atención de Emergencia, Atención de Urgencia y Atención Sensible, consulte los títulos de este capítulo.

Si necesita servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y que están cubiertos por Medi-Cal, pero no están disponibles en la red de Kaiser Permanente, lo aprobaremos y referiremos a un Proveedor que No Pertenece a la Red para que obtenga esos servicios.

Si recibe una factura o se le pide que pague un copago que cree que no tenía que pagar, también puede presentar un formulario de reclamación. Deberá indicar por escrito por qué tuvo que pagar por el producto o servicio. Leeremos su reclamación y decidiremos si puede recuperar su dinero. Puede obtener el formulario de reclamación en línea en **kp.org/espanol**. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Lo atenderemos con gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamación.

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

Referencias

Su médico le dará una referencia para enviarlo a un especialista si lo necesita. Un especialista es un médico que se especializó en un área de la medicina. Su médico le

ayudará a elegir un especialista. El consultorio médico le puede ayudar a programar una cita para ver al especialista.

A continuación, se incluyen ejemplos de servicios que requieren una referencia:

- hospitalizaciones que no son parte de la atención de emergencia
- cirugía
- ortopedia
- cardiología
- oncología
- dermatología
- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- hospitalizaciones en los siguientes tipos de instalaciones:
  - ♦ centros de atención de enfermería especializada
  - ♦ centro de atención subagudo
  - ♦ centro de atención subagudo pediátricos
  - ♦ centro de atención intermedia
- tratamientos especializados

Además, su PCP debe referirlo antes de que pueda recibir atención por parte de proveedores de servicios para el autismo calificados.

Si tiene un problema de salud que necesita atención médica especial durante un largo tiempo, podría necesitar una referencia abierta. Esto significa que podrá acudir con el mismo especialista más de una vez, sin necesidad de obtener una referencia cada vez.

Si tiene dificultades para obtener una referencia abierta o quiere una copia de la política de referencias de Kaiser Permanente, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

No necesita una referencia para lo siguiente:

- consultas con el PCP
- médicos de medicina para adultos, medicina familiar y pediatría
- especialistas en optometría
- servicio de salud mental para condiciones de leves a moderadas, incluidas las evaluaciones de salud mental iniciales
- consultas de Obstetricia y Ginecología (“OB/GYN”)
- atención de Urgencia
- servicios sensibles para adultos, como atención por agresión sexual
- atención de Emergencia

- servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina de Servicio de Información y Referencias de Planificación Familiar al **1-800-942-1054**)
- pruebas de VIH y asesoramiento (personas de 12 años en adelante)
- servicios para infecciones de transmisión sexual (para personas de 12 años en adelante)
- servicios quiroprácticos (es posible que se requiera una referencia para los FQHC, las RHC y los IHCP que no pertenecen a la red)

Los menores también pueden obtener ciertos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios de Atención Sensible y servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias sin el consentimiento de sus padres. Los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias no están cubiertos en esta Guía para Miembros. Estos servicios están cubiertos por los planes de salud mental del condado.

No todos los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios están cubiertos en esta Guía para Miembros. Consulte el título “Servicios de salud mental” en el capítulo 4 para obtener más información sobre cuáles son los servicios que están cubiertos.

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

- El proveedor tal vez necesite obtener aprobación previa para ciertos servicios.
- El proveedor podría tener que referirlo a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o condición.

¿Listo para dejar de fumar? Llame al **800-NO-BUTTS** (800-662-8887) para descubrir cómo hacerlo. O visite **www.nobutts.org** (haga clic en “Español”).

Aprobación previa (Autorización Previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o especialista necesitarán pedir permiso a The Permanente Medical Group antes de que le brinden la atención. A esto se llama solicitud de autorización previa, aprobación previa o preaprobación. Significa que The Permanente Medical Group debe asegurarse de que la atención es Necesaria desde el Punto de Vista Médico.

Los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o

reducen el dolor intenso ocasionado por una afección, lesión o enfermedad diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico incluyen la atención necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

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

- Servicios de acupuntura cuando necesite más de dos consultas por mes.
- Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-Based Adult Services, “CBAS”).
- Anestesia dental.
- Equipo médico duradero.
- Atención médica a domicilio.
- Suministros para ostomía y urológicos.
- Prótesis y dispositivos ortopédicos.
- Servicios que no están disponibles a través de Proveedores de la Red.
- Trasplantes.
- Servicios que no pertenecen a la red, incluida la hospitalización después de que su condición sea estable.

Para algunos servicios, necesita aprobación previa (autorización previa). Según la Sección 1367.01(h)(1) del Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code), The Permanente Medical Group decidirá las aprobaciones previas (autorizaciones previas) de rutina en un plazo de 5 días hábiles cuando The Permanente Medical Group obtenga la información razonablemente necesaria para tomar una decisión.

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

Kaiser Permanente **no** les paga a los revisores para que rechacen la cobertura ni los servicios. Le enviaremos una carta de Notificación de acción (Notice of Action, “NOA”) si The Permanente Medical Group no aprueba su solicitud. La NOA le dirá cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

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

Nunca necesitará una aprobación previa (autorización previa) para la Atención de Emergencia, incluso si está Fuera de la Red o fuera de su Región Base. Tampoco necesita aprobación previa para Atención de Urgencia fuera de su Región Base. Lo anterior incluye el trabajo de parto y el parto si está embarazada. No necesita aprobación previa (autorización previa) para la mayoría de la Atención Sensible. Para obtener más información sobre la Atención Sensible, consulte la sección “Atención Sensible” en este capítulo.

Para ver la lista completa de servicios que requieren autorización previa y los criterios que se utilizan para tomar decisiones sobre autorizaciones, visite nuestro sitio web en **kp.org/UM** (en inglés) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Segundas opiniones

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

Para obtener una segunda opinión, llame a su PCP. Su PCP puede referirlo a un Proveedor de la Red que sea un profesional médico calificado adecuadamente para su condición médica a fin de pedirle una segunda opinión. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para ayudarlo a programar una cita con un Proveedor de la Red.

Pagaremos una segunda opinión si usted o su Proveedor de la Red lo solicita y obtiene una segunda opinión de un Proveedor de la Red. No es necesario solicitar nuestra autorización para obtener una segunda opinión de un Proveedor de la Red.

Si ninguno de los Proveedores de la Red es un profesional médico debidamente calificado para tratar su condición, un representante de Servicio a los Miembros le ayudará a programar una consulta con un Proveedor que No Pertenezca a la Red para solicitar una segunda opinión. Si lo referimos a un Proveedor que No Pertenece a la Red para una segunda opinión, pagaremos por la segunda opinión. Le diremos dentro de los 5 días hábiles siguientes si aprobamos al proveedor que eligió para obtener una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica, grave o severa, o se enfrenta a una amenaza inmediata y grave para su salud, que incluye, entre otros, la pérdida de la vida, extremidades o una parte importante del cuerpo o funciones del organismo, decidiremos en un plazo de 72 horas.

Si rechazamos su solicitud para obtener una segunda opinión, puede presentar una queja formal. Para obtener más información sobre las quejas formales, consulte el

título “Quejas” en el capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) de esta Guía para Miembros.

Atención Sensible

Servicios con consentimiento del menor

Solo puede recibir los siguientes servicios sin contar con el permiso de sus padres o tutor legal si tiene 12 años o más:

- Salud mental para pacientes ambulatorios por:
  - ♦ agresión sexual (sin límite de edad mínima)
  - ♦ incesto
  - ♦ agresiones físicas
  - ♦ maltrato a menores
  - ♦ tener deseos de hacerse daño o de hacerle daño a otras personas
- Prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA.
- Prevención/pruebas/tratamiento para infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.
  - ♦ El tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias no está cubierto en esta Guía para Miembros. Debe recibir estos servicios del plan de salud mental del condado donde vive. Consulte el título “Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” para obtener más información.

Si tiene menos de 18 años, puede acudir con un médico sin el permiso de sus padres o su tutor para estos tipos de atención:

- asesoramiento y prueba del embarazo
- planificación familiar/control de natalidad (incluida la esterilización)
- servicios de aborto
- atención en caso de agresión sexual

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, servicios para el control de la natalidad o servicios para infecciones de transmisión sexual, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir y acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una referencia o autorización previa. También puede recibir

servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual por parte de los proveedores de planificación familiar de Medi-Cal.

Para los servicios con consentimiento del menor que no son servicios especializados de salud mental, puede acudir a un Proveedor de la Red sin una referencia y sin una autorización previa. Su PCP no tiene que referirlo y no necesita nuestra aprobación previa (autorización previa) para recibir los servicios con consentimiento del menor que están cubiertos en esta Guía para Miembros. Los menores pueden llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hablar en privado con un representante e indicarle que desean hablar con un representante acerca de sus inquietudes médicas.

Los servicios con consentimiento del menor que son servicios especializados de salud mental no están cubiertos en esta Guía para Miembros. Los servicios especializados de salud mental están cubiertos por el plan de salud mental del condado donde vive.

Es posible que los servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red que no estén relacionados con la Atención Sensible no estén cubiertos. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente, o para solicitar ayuda con el transporte para ir a la cita con un proveedor, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Los menores pueden llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) (las 24 horas del día, los 7 días de la semana) y hablar en privado con un representante e indicarle que desean hablar con un profesional de la salud autorizado acerca de sus inquietudes médicas.

Atención Sensible para Adultos

Los adultos (mayor de 18 años) podrían no querer ver a su PCP para recibir cierta atención sensible o privada. En ese caso, pueden elegir cualquier médico o clínica para los siguientes tipos de atención:

- planificación familiar/control de natalidad (incluidos los servicios de esterilización)
- asesoramiento y prueba del embarazo
- prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA
- prevención/pruebas/tratamiento para infecciones de transmisión sexual
- atención en caso de agresión sexual
- servicios de aborto para pacientes ambulatorias

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, servicios para el control de la natalidad o servicios para infecciones de transmisión sexual, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de Kaiser Permanente. Puede elegir y acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una referencia o autorización previa. Si desea ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Kaiser Permanente,

llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Para la demás Atención Sensible para adultos, puede acudir a un Proveedor de la Red sin una referencia y sin una autorización previa. Su PCP no tiene que referirlo y no necesita nuestra aprobación previa (autorización previa) para recibir Atención Sensible para adultos que tienen nuestra cobertura.

Es posible que los servicios de un Proveedor que No Pertenece a la Red que no estén relacionados con la Atención Sensible no estén cubiertos. Para obtener ayuda para encontrar un médico o una clínica que brinde estos servicios, o para obtener ayuda con el transporte para llegar a estos servicios, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede llamar al **1-866-454-8855** y hablar con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral para algunos servicios cubiertos. Esto significa que tienen el derecho de **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están de acuerdo moralmente con dichos servicios. Si su proveedor tiene una objeción moral, ellos pueden ayudarle a buscar otro proveedor de los servicios que usted necesita. Kaiser Permanente también podrá ayudarle a encontrar un proveedor. Si necesita ayuda para obtener una referencia para otro proveedor, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un familiar necesiten:

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

Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto. Comuníquese con el futuro médico, el grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención para la salud que necesita.

Estos servicios están disponibles para usted y debemos asegurarnos de que usted o su familiar vean a un proveedor o sean admitidos en un hospital que prestará los servicios cubiertos. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Atención de Urgencia

La Atención de Urgencia **no** es para emergencias ni para afecciones que pongan en riesgo la vida. Es para los servicios que necesita para prevenir daños graves a su salud debido a una enfermedad repentina, lesión o complicación de una condición que ya padece. La mayoría de las citas de Atención de Urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa) y están disponibles en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud. Si los servicios de Atención de Urgencia necesitan aprobación previa, se le asignará una cita en un plazo de 96 horas después de que realice la solicitud.

La Atención de Urgencia puede incluir resfriados, dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos, esguinces o servicios de maternidad. Para recibir Atención de Urgencia, llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hable con un profesional de la salud autorizado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuando esté en su Región Base, deberá recibir los servicios de Atención de Urgencia de un Proveedor de la Red. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir Atención de Urgencia por parte de los Proveedores de la Red en su Región Base.

Si está lejos de su Región Base, pero dentro de los Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir Atención de Urgencia. Vaya al centro de Atención de Urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de Atención de Urgencia fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita Atención de Urgencia, **no** cubriremos su atención.

Es posible que su proveedor de Atención de Urgencia le dé un medicamento como parte de su consulta de Atención de Urgencia. Si recibe medicamentos como parte de su consulta, nosotros cubriremos los medicamentos como parte de su Atención de Urgencia cubierta. Si su proveedor de Atención de Urgencia le da una receta para que la lleve a una farmacia, los medicamentos recetados para usted estarán cubiertos por el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” en el capítulo 4.

Si la atención que necesita es Atención de Urgencia de salud mental, comuníquese con Planes de Salud Mental del condado a la línea telefónica sin costo disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo, visite **http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx** (en inglés).

No cubrimos la atención de seguimiento de Proveedores que No Pertenecen a la Red después de que ya no necesite Atención de Urgencia, a excepción del equipo médico duradero cubierto. Después de que se haya resuelto su problema de Atención de Urgencia, debe ver a un Proveedor de la Red si necesita recibir atención de seguimiento. Si necesita equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia, su Proveedor que No Pertenece a la Red debe obtener nuestra aprobación previa (autorización previa).

Atención de Emergencia

Para recibir Atención de Emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano. Para la Atención de Emergencia, **no** necesita nuestra aprobación previa (autorización previa). Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otra instalación de atención de emergencia, incluso en Canadá y México. La atención de emergencia y otro tipo de atención no tienen cobertura en otros países.

La Atención de Emergencias está destinada a condiciones médicas de emergencia. Es para una enfermedad o lesión que una persona común prudente (razonable) (no un profesional de la salud) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que, si no recibe atención de inmediato, pondría su salud (o la salud de su bebé por nacer) en grave peligro o riesgo de daño grave para las funciones de su cuerpo, órganos o partes del cuerpo. Los ejemplos de las condiciones médicas de emergencia incluyen, entre otras:

- trabajo de parto activo
- huesos fracturados
- dolor de pecho
- sobredosis por drogas
- condiciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas (con cobertura de planes de salud mental del condado)
- hemorragia grave
- quemadura grave
- dolor intenso
- dificultad para respirar
- desmayos

No vaya a la sala de emergencias (emergency room, "ER") para recibir Cuidados de Rutina o atención que no necesita de inmediato. Debe recibir Cuidados de Rutina de su PCP, que es quien lo conoce mejor. Si no está seguro si tiene una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar al **1-866-454-8855** (TTY **711**) y hablar con un profesional de la salud autorizado (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si necesita Atención de Emergencia cuando viaja, vaya a la sala de emergencias (“ER”) más cercana, incluso si no pertenece a la red de Kaiser Permanente. Si va a una ER, pídales que nos llamen. Usted o el hospital en el que lo internen deberán llamar a Kaiser Permanente en un plazo de 24 horas contadas a partir de que haya recibido atención de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos, que no sean Canadá o México, y necesita Atención de Emergencia, Kaiser Permanente **no** cubrirá su atención.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. No es necesario que consulte a su PCP o a Kaiser Permanente antes de ir a la ER.

Si necesita atención en un hospital Fuera de la Red después de su emergencia (Atención de Postestabilización), el hospital llamará a Kaiser Permanente.

Recuerde: No llame al **911** a menos que se trate de una emergencia. Obtenga Atención de Emergencia solo para una emergencia, no para Cuidados de Rutina o para una enfermedad menor, como un resfriado o dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Atención de Postestabilización

La atención de postestabilización son los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidos los de la ER) que recibe después de que el médico que lo esté tratando considere que su condición médica de emergencia está clínicamente estable. La atención de postestabilización también incluye equipo médico duradero (durable medical equipment, “DME”) solo cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- El artículo de DME está cubierto en esta Guía para Miembros.
- Es Necesario desde el Punto de Vista Médico que tenga el artículo de DME después de salir del hospital.
- El artículo de DME está relacionado con la atención de emergencia que recibió en el hospital.

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

Cubrimos la Atención de Postestabilización mediante un Proveedor que No Pertenece a la Red solo si proporcionamos autorización previa o si la ley correspondiente así lo exige. El proveedor que lo esté tratando debe recibir nuestra autorización antes de que paguemos por la atención de postestabilización.

Para solicitar la aprobación previa para que reciba Atención de Postestabilización de un Proveedor que No Pertenece a la Red, el proveedor debe llamarnos al **1-800-225-8883** (TTY **711**). También pueden llamarnos al número de teléfono que aparece en el reverso

de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. El proveedor debe llamarnos antes de que usted reciba los servicios.

Cuando el proveedor nos llame, hablaremos con el médico que lo esté tratando por su problema de salud. Si determinamos que necesita Atención de Postestabilización, autorizaremos los servicios cubiertos. En algunos casos, es posible que dispongamos que un Proveedor de la Red preste la atención.

Si decidimos que un hospital de la red, un centro de enfermería especializada u otro proveedor proporcione la atención, es posible que autoricemos servicios de transporte que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para llevarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir servicios especiales de transporte para los que normalmente no ofreceríamos cobertura.

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

La Línea de Citas y Consejos le brinda información y consejos médicos gratuitos las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al **1-866-454-8855** (TTY **711**).

Línea de Citas y Consejos

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

- Hablar con un profesional de la salud que responderá preguntas médicas, le dará consejos sobre el cuidado y lo ayudará a decidir si debe ver a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas como diabetes o asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser adecuado para su afección.
- Obtener ayuda sobre qué hacer si necesita atención y un Centro de Atención del Plan está cerrado o si se encuentra fuera de su Región Base.

Puede comunicarse con uno de estos profesionales de la salud autorizados llamando al **1-866-454-8855** (TTY **711**). Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.

Instrucciones por anticipado

Una disposición de última voluntad para atención médica es un documento legal. Allí puede indicar qué atención médica desea recibir si no puede hablar o tomar decisiones más adelante. Puede hacer una lista de la atención que **no** desea recibir. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome las decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomarlas.

Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado en los Centros de Atención del Plan de Kaiser Permanente sin costo para usted. También puede encontrar un formulario en farmacias, hospitales, despachos de abogados y consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar el formulario si no lo obtiene con nosotros. También puede descargar el formulario sin costo para usted desde nuestro sitio web en **kp.org/espanol**. Puede pedirle ayuda a su familia, al PCP o a alguien en quien confíe para llenar el formulario.

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

Tiene derecho de conocer los cambios en las leyes de instrucciones por anticipado. Kaiser Permanente le informará si hay cambios en la ley estatal dentro de los 90 días de realizado dicho cambio. Para conocer más información, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Donación de órganos y de tejidos

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

4. Beneficios y servicios

Qué cubre su plan de salud

Este capítulo explica sus Servicios Cubiertos como Miembro de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Los Servicios Cubiertos no tienen costo para usted, siempre y cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico y se proporcionen de acuerdo con las reglas descritas en esta Guía para Miembros. La mayoría de los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor de la Red. En algunos casos, es posible que cubramos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico por parte de un Proveedor que No Pertenece a la Red. Debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si la atención está fuera de la red, excepto para los servicios de Atención Sensible, Atención de Emergencia o Atención de Urgencia.

Los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico son razonables y necesarios para proteger su vida, impiden que se enferme gravemente o que sufra una discapacidad, o reducen el dolor intenso ocasionado por una afección, lesión o enfermedad diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico incluyen la atención necesaria para curar o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental. Los miembros menores de 21 años pueden obtener beneficios y servicios adicionales. Consulte el capítulo 5 (“Bienestar de niños y jóvenes”) para obtener más información.

Para obtener más información sobre sus Servicios Cubiertos, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Debe obtener la mayoría de los servicios a través de los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente. Los únicos servicios que puede recibir por parte de los Proveedores que No Pertenecen a la Red son los siguientes:

- atención en un centro de Servicio de Salud para la Población Indígena
- servicios de ambulancia de emergencia
- servicios de emergencia y atención de postestabilización
- servicios de planificación familiar
- Atención de Urgencia fuera del área
- referencias a Proveedores que No Pertenecen a la Red
- algunos tipos de Atención Sensible

Los siguientes son ejemplos de los servicios cubiertos:

- Servicios para pacientes ambulatorios.
- Una cantidad limitada de medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. La mayoría de los medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios están cubiertos por el programa Medi-Cal Rx con el Pago por Servicio de Medi-Cal.
- Servicios elegibles para California Children's Services (CCS) bajo el programa Whole Child Model.
- Servicios de emergencia, incluido los servicios de ambulancia de emergencia.
- Cuidados paliativos y para enfermos terminales.
- Hospitalización.
- Servicios de investigación.
- Servicios de laboratorio y radiología, como radiografías.
- Servicios administrados de apoyo a largo plazo (Managed long-term services and supports, "MLTSS").
- Cuidados de maternidad y del recién nacido.
- Servicios de salud mental para condiciones de leves a moderadas,
- Transporte médico en casos que no sean de emergencia (Non-emergency medical transportation, "NEMT").
- Transporte no médico (Non-medical transportation, "NMT").
- Servicios pediátricos.
- Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia).
- Cirugía reconstructiva.
- Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias.
- Servicios de telesalud a través los Proveedores de la Red de Kaiser Permanente.
- Servicios para la vista.

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

Los servicios de atención para la salud que se brindan a los Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. y Health Plan of San Mateo, y como se indique en esta Guía para Miembros y cualquier otra enmienda.

Las políticas de beneficios y los procesos sobre cómo obtener servicios cubiertos pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de red de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776**, (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico son servicios que prevendrán, diagnosticarán, curarán, corregirán o mejorarán (o se espera razonablemente que lo harán) lo que se menciona a continuación y que se brindan de forma consistente con las normas aceptadas de la práctica médica:

- dolor y sufrimiento
- efectos físicos, mentales, cognitivos o del desarrollo de una enfermedad, lesión o discapacidad

Para el Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment ("EPSDT"), estos servicios también pueden incluir tratamiento que es solo de observación y servicios que corregirían o mejorarían defectos y enfermedades físicas y mentales descubiertas por los servicios de detección.

Los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico no incluyen:

- tratamientos no probados o que aún se están probando
- servicios o artículos que no son generalmente aceptados como eficaces
- servicios fuera del curso y longitud normales de un tratamiento o servicios sin pautas clínicas
- servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor

Nos coordinaremos con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros.

Los servicios Necesario desde el Punto de Vista Médico incluyen los Servicios Cubiertos que son razonables y necesarios para:

- proteger la vida
- prevenir una enfermedad importante o una discapacidad importante
- aliviar el dolor intenso

- lograr un crecimiento y desarrollo apropiado para la edad
- obtener, mantener y recuperar la capacidad funcional

Para los miembros menores de 21 años, los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico incluyen todos los Servicios Cubiertos, identificados anteriormente, y cualquier otra atención médica, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y afecciones físicas y mentales, según lo requieran los beneficios federales de Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (“EPSDT”).

EPSDT brinda una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de bajos ingresos. El beneficio de EPSDT es más sólido que el beneficio para adultos y está diseñado para garantizar que los niños reciban detección y atención tempranas, de modo que los problemas de salud se eviten o se diagnostiquen y traten lo antes posible. El objetivo de EPSDT es garantizar que cada niño reciba la atención médica que necesita cuando la necesite: la atención adecuada para el niño adecuado, en el momento adecuado y en el entorno adecuado.

Nos coordinaremos con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por Kaiser Permanente.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Kaiser Permanente

Servicios para pacientes ambulatorios

Vacunas para Adultos

Puede obtener las vacunas para adultos de un Proveedor de la Red sin aprobación previa (autorización previa). Cubrimos las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, “ACIP”) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, “CDC”), incluidas las vacunas que necesita para viajar. Para obtener información sobre vacunas para niños, consulte el capítulo 5 (“Bienestar de niños y jóvenes”).

También puede obtener algunos servicios de vacunas para adultos en una farmacia a través de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre el programa Medi-Cal Rx, vaya a ese título en la sección “Otros programas y servicios no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

Atención de alergias

Cubrimos las pruebas y el tratamiento Necesario desde el Punto de Vista Médico para las alergias, incluidas la desensibilización, hiposensibilización o inmunoterapia contra las alergias.

Servicios de un anestesiólogo

Cubrimos los servicios de anestesia que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico cuando recibe atención ambulatoria. Estos servicios pueden incluir anestesia para procedimientos dentales cuando los proporciona un médico anestesiólogo.

Respecto a los procedimientos dentales, cubrimos los siguientes servicios cuando los autoriza The Permanente Medical Group:

- Servicios de anestesia general y de sedación intravenosa administrados por un profesional médico.
- Servicios en centros de atención relacionados con la sedación o la anestesia en un centro quirúrgico ambulatorio, un Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”), un consultorio dental o un centro hospitalario.

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

Servicios quiroprácticos

Cubrimos servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante la manipulación manual. Puede obtener hasta dos consultas por mes sin autorización previa. Se pueden aprobar consultas adicionales cuando sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

- ***Servicios quiroprácticos de los proveedores de la red American Specialty Health***
  Trabajamos con American Specialty Health para acordar servicios quiroprácticos. Para conocer más información acerca de los servicios quiroprácticos, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133** (TTY **711**). Los siguiente Miembros son elegibles para recibir servicios quiroprácticos de los proveedores de la red American Specialty Health:
  - Los niños menores de 21 años.
  - Las mujeres embarazadas hasta el período posparto.
  - Los residentes en un centro de enfermería especializada, un centro de atención intermedia o en un centro de atención subaguda.

- ***Servicios quiroprácticos de centros de atención del condado, FQHC y RHC***
  Medi-Cal puede cubrir servicios quiroprácticos para Miembros de todas las edades cuando se reciben en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales del condado, clínicas para pacientes ambulatorios del condado, FQHC o Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, "RHC") que están en la red de Health Plan of San Mateo. Es posible que los FQHC y las RHC requieran una referencia para brindar los servicios. No todos los centros de atención del condado, FQHC o RHC ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Servicios de diálisis y hemodiálisis

Cubrimos los tratamientos de diálisis Necesarios desde el Punto de Vista Médico. También cubrimos los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) y diálisis peritoneal. Deberá cumplir todos los criterios médicos establecidos por The Permanente Medical Group y por el centro de atención donde se realiza la diálisis.

No cubrimos lo siguiente:

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

Cirugía y otros procedimientos para pacientes ambulatorios

Cubrimos las cirugías y otros procedimientos para pacientes ambulatorios Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Servicios médicos

Cubrimos los servicios médicos Necesarios desde el Punto de Vista Médico. Se podrán brindar algunos servicios como cita en grupo.

Servicios diádicos

A partir del 1 de julio de 2022, cubriremos los servicios de salud del comportamiento diádicos proporcionados por su PCP o el PCP de su hijo. Los servicios diádicos son servicios de detección y asesoramiento centrados en la familia. Identifican los determinantes de salud física, salud mental y sociales de los problemas de salud de manera temprana, y brindan referencias a los recursos de la comunidad según sea necesario.

Servicios de podología (para los pies)

Cubrimos servicios de podología según sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctrico del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que se insertan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

Terapias de tratamiento

Cubrimos las terapias de tratamiento Necesarias desde el Punto de Vista Médico, que incluyen las siguientes:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Medicamentos y productos administrados. Estos son medicamentos y productos que requieren administración u observación por parte del proveedor de atención médica. Cubrimos estos artículos cuando un Proveedor de la Red se los receta a usted, de acuerdo con nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Los artículos deben administrarse en un Centro de Atención del Plan o durante las consultas domiciliarias para que puedan ser cubiertos. Los ejemplos de medicamentos administrados que cubrimos incluyen, entre otros:
  - ♦ sangre entera, glóbulos rojos, plasma y plaquetas
  - ♦ medicamentos para quimioterapia contra el cáncer
  - ♦ antígenos de alergias
  - ♦ medicamentos y productos que se administran por vía intravenosa o inyecciones

Para obtener más información de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, consulte el título “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios cubiertos por Kaiser Permanente” que está más adelante en este capítulo 4.

Cuidados de maternidad y del recién nacido

Educación sobre la lactancia materna

Se pueden aprobar consultas adicionales cuando sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

Extractores de leche y suministros

Proporcionaremos un extractor de leche regular por embarazo y un conjunto de suministros para acompañarlo. Si es Necesario desde el Punto de Vista Médico que use

un extractor de leche de grado hospitalario, cubriremos el alquiler o la compra de uno. Los extractores de leche de grado hospitalario son Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, “DME”) y deben aprobarse previamente para usted. Elegiremos al proveedor y deberá devolver el extractor de leche de grado hospitalario cuando ya no lo necesite.

Parto y atención posparto

Cubrimos los servicios en el hospital y la atención posparto.

Atención prenatal

Cubrimos una serie de exámenes de atención prenatal.

Servicios del centro de partos

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

Servicios de Enfermera Partera Certificada (“CNM”)

Cubrimos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico proporcionados por enfermeras parteras certificadas que actúan dentro de su ámbito de práctica.

Servicios de Partera Titulada (“LM”)

Cubrimos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico proporcionados por enfermeras parteras tituladas que actúan dentro de su ámbito de práctica.

Prueba y asesoramiento para las alteraciones genéticas

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

Cuidado del recién nacido

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

Provisional Postpartum Care Extension Program *(vigencia a partir del 1 de abril de 2022)*

El programa Provisional Postpartum Care Extension ("PPCE") brinda cobertura extendida a los miembros de Medi-Cal que tienen una condición de salud mental materna durante el embarazo o en el período posterior al embarazo.

Cubrimos la atención de salud mental materna para las mujeres durante el embarazo y hasta dos meses después del final del embarazo. El programa PPCE extiende esa cobertura por hasta 12 meses después del diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra después.

Para calificar para el programa PPCE, su médico debe confirmar su diagnóstico de una condición de salud mental materna dentro de los 150 días posteriores al final del embarazo. Pregúntele a su médico acerca de estos servicios, si cree que los necesita. Si su médico considera que usted debería recibir los servicios del PPCE, él llenará y enviará los formularios por usted.

Para obtener información sobre los servicios de salud mental que cubrimos, consulte el título "Servicios de salud mental" en este capítulo 4.

Postpartum Care Extension Program *(vigencia a partir del 1 de abril de 2022)*

El Postpartum Care Extension Program proporciona cobertura extendida para miembros de Medi-Cal durante y después del embarazo.

El Postpartum Care Extension Program extiende la cobertura de Medi-Cal hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de los ingresos, la ciudadanía o el estado migratorio, y no se necesita ninguna acción adicional.

Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de recibir servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor. O puede implicar compartir información con su proveedor sin tener una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios por medio de la telesalud. Sin embargo, es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles por medio de la telesalud. Es importante que tanto usted como su proveedor acuerden que el uso de la telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted. Tiene derecho a recibir servicios en persona y no está obligado a usar la telesalud incluso si su proveedor acepta que es adecuada para usted.

Servicios de salud mental

Evaluaciones de salud mental

No necesita una referencia o aprobación previa para obtener una evaluación inicial de salud mental de un Proveedor de la Red. Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento de un proveedor de salud mental autorizado que sea un Proveedor de la Red. Puede consultar nuestras listas de proveedores en línea en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español") para encontrar un proveedor de salud mental en nuestra red o llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Si su proveedor de salud mental decide que necesita servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, "SMHS"), su médico lo referirá al plan de salud mental del condado para recibir una evaluación.

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

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

Si su proveedor de salud mental determina que tiene un trastorno de salud mental leve o moderado o tiene un deterioro del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento, cubrimos los siguientes servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno de salud mental.
- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas.
- Servicios a pacientes ambulatorios a fin de supervisar el tratamiento farmacológico.
- Consultas de psiquiatría.
- Servicios de imágenes diagnósticas y de laboratorio relacionados con el tratamiento de su trastorno de salud mental (consulte "Servicios de laboratorio y radiología" en este capítulo 4).

Los medicamentos recetados, los suministros y los suplementos para pacientes ambulatorios relacionados con los servicios de salud mental están cubiertos por el programa Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, vaya al título "Medi-Cal Rx" en la sección "Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente" en este capítulo 4.

Para obtener más información sobre los servicios de salud mental que brinda Kaiser Permanente, puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Servicios de Emergencia

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

Cubrimos todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurre en los EE. UU. (incluidos territorios como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., etc.) o que requiere que esté en un hospital en Canadá o México. Una emergencia médica es una condición médica con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona prudente (razonable) (no un profesional de la salud) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría anticipar que resultará en algo de lo siguiente:

- Un riesgo grave para su salud.
- Un daño grave a las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, es decir, cuando está en trabajo de parto y que podría ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
    - ♦ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
    - ♦ El traslado podría amenazar su salud o seguridad, o la de su hijo por nacer.

Los servicios de Atención de Emergencia cubiertos incluyen el suministro de emergencia de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios por hasta 72 horas, si un farmacéutico o el departamento de emergencias del hospital le da este medicamento como parte de su Atención de Emergencia.

Si un proveedor del departamento de emergencias de un hospital le da una receta que debe llevar a una farmacia para pacientes ambulatorios para que la surtan, Medi-Cal Rx será responsable de la cobertura de esa receta. Si un farmacéutico en una farmacia para pacientes ambulatorios le da un suministro de emergencia de un medicamento, esa receta también estará cubierta por Medi-Cal Rx y no por nosotros. Si la farmacia necesita ayuda para procesar su receta, puede llamar a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de transporte de emergencia

Cubrimos servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de atención más próximo en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es tan grave que otros medios para llegar a un lugar de atención podrían poner en riesgo su salud o su vida. No se cubre ningún servicio fuera de los EE. UU., excepto los servicios de emergencia que requieren que esté en el hospital en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá y México y no está hospitalizado durante ese episodio de atención, no cubriremos sus servicios de ambulancia.

Educación para la salud

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

También cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud a fin de ayudarle a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos los programas para dejar de fumar, controlar el estrés y condiciones crónicas (como diabetes y asma). Estos programas y materiales están disponibles sin costo para usted.

Para obtener más información acerca de nuestros consejos, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el departamento de educación para la salud de su Centro de Atención del Plan local. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o visitar nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

Cuidados paliativos y para enfermos terminales

Cuidados paliativos

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

Cubrimos los servicios de cuidados paliativos solo si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un médico de la red diagnostica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su expectativa de vida es menor a 6 meses.
- Los servicios se prestan dentro de su Región Base.
- Los servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor de la Red.
- Un médico de la red determina que los servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados.

Con cuidados paliativos:

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

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

Si se cumplen los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes servicios de cuidados paliativos:

- Servicios de médicos de la red.
- Atención de enfermería especializada, evaluación y administración de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y control de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia y capacitación para los cuidadores.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para controlar los síntomas o permitirle realizar actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios medicosociales.
- Auxiliar de salud domiciliaria y ayuda para comer, bañarse y vestirse.
- Medicamentos para controlar el dolor y ayuda con otros síntomas de su enfermedad terminal.
    - ♦ Cubrimos los medicamentos administrados de acuerdo con nuestras pautas para la lista de medicamentos recetados disponibles.
    - ♦ Cubrimos los medicamentos de los pacientes ambulatorios que están directamente relacionados con sus servicios de cuidados paliativos. Debe recibir estos medicamentos por parte de una farmacia de la red de Kaiser Permanente. Para algunos medicamentos cubrimos un suministro de hasta 30 días en un período de 30 días.
    - ♦ Medi-Cal Rx cubre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que no forman parte de sus cuidados paliativos. Puede obtener más información sobre Medi-Cal Rx si consulta el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros beneficios y programas no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

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

También cubrimos los siguientes servicios de cuidados paliativos solo durante períodos de crisis cuando estos servicios sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para aliviar o tratar síntomas médicos agudos:

- Atención de enfermería continua hasta por 24 horas diarias según sea necesaria para mantenerlo en el hogar.
- Atención para pacientes hospitalizados a corto plazo necesaria a un nivel que no pueda ofrecerse en el hogar.

Cuidados para enfermos terminales

Cubrimos los cuidados para enfermos terminales para los Miembros que cumplen los criterios de elegibilidad de Medi-Cal para estos servicios. Los cuidados para enfermos terminales reducen las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los Miembros con enfermedades graves. Los cuidados para enfermos terminales pueden proporcionarse al mismo tiempo que los cuidados curativos.

Los cuidados para enfermos terminales incluyen lo siguiente:

- Planificación anticipada de la atención.
- Evaluación y consulta para los cuidados para enfermos terminales.
- Un plan de atención que incluye, entre otros, lo siguiente, según sea necesario:
  - ♦ servicios de un médico de medicina u osteopatía
  - ♦ servicios de un asistente médico
  - ♦ servicios de un enfermero registrado
  - ♦ servicios de un enfermero vocacional autorizado o un enfermero practicante
  - ♦ servicios de un trabajador social
  - ♦ servicios de un capellán
  - ♦ coordinación de la atención

    - ♦ manejo del dolor y de síntomas
- Servicios de salud mental y médico-sociales.

Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados para enfermos terminales al mismo tiempo. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir cuidados para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a cuidados para enfermos terminales en cualquier momento.

Hospitalización

Servicios de un anestesiólogo

Cubrimos los servicios del anestesiólogo Necesarios desde el Punto de Vista Médico durante las hospitalizaciones que tengan cobertura. Un anestesiólogo es un proveedor que se especializa en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicina que se usa durante algunos procedimientos médicos.

Servicios para pacientes hospitalizados

Cubrimos la atención del paciente hospitalizado Necesaria desde el Punto de Vista Médico cuando se le ingresa a un hospital de la red. Los servicios incluyen alojamiento, medicamentos, equipo, imágenes diagnósticas y servicios de laboratorio, así como otros servicios que brinda generalmente el hospital. Si ingresó a un hospital que no pertenece a la red, debe recibir nuestra aprobación para recibir atención después de que se estabilice su condición. Si no recibe nuestra aprobación, su hospitalización no tendrá cobertura.

Servicios quirúrgicos

Cubrimos cirugías Necesarias desde el Punto de Vista Médico realizadas en un hospital.

Secuenciación Rápida del Genoma Completo

La Secuenciación Rápida del Genoma Completo (Rapid Whole Genome Sequencing, “rWGS”), incluida la secuenciación individual, la secuenciación en trío para un padre o padres y su bebé, y la secuenciación ultrarrápida, es un beneficio cubierto para cualquier miembro de Medi-Cal que tenga un año de edad o menos y que esté recibiendo servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. La rWGS es un método emergente para diagnosticar afecciones a tiempo para influir en la atención en la unidad de cuidados intensivos (intensive care unit, “ICU”) de niños de un año de edad o menores.

Servicios de investigación

Los servicios de investigación son medicamentos, equipos, procedimientos u otros servicios médicos que se estudian en humanos para determinar si son eficaces y seguros. Cubrimos los servicios de investigación solo cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Un tratamiento estándar no será suficiente para tratar la afección.
- El tratamiento estándar no podrá prevenir la discapacidad progresiva o la muerte prematura.
- El proveedor del servicio tiene un registro de seguridad y de éxito importante.
- El servicio no es parte de un protocolo del estudio de investigación.
- Existe una expectativa razonable de que el servicio prolongará significativamente la vida o mantendrá o restablecerá las actividades de las funciones de la vida diaria.

Todos los servicios de investigación requieren aprobación previa. Consulte “Revisiones Médicas Independientes“ en el capítulo 6 (“Cómo reportar y solucionar problemas”) para obtener información sobre la revisión médica independiente de las solicitudes de servicios de investigación.

Los medicamentos que están cubiertos como parte de los servicios de investigación están cubiertos por Kaiser Permanente y no por Medi-Cal Rx. Debe ir a una farmacia de la red de Kaiser Permanente para surtir recetas relacionadas con servicios de investigación para que estén cubiertos.

Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios cubiertos por Kaiser Permanente

La mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos por Medi-Cal Rx como un servicio por medio del programa de Pago por Servicio (Fee-For-Service, “FFS”) de Medi-Cal. Puede obtener más información sobre Medi-Cal Rx si consulta el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

Hay algunos medicamentos recetados y artículos que todavía están cubiertos porque la ley estatal nos exige que los cubramos. Esta sección describe los medicamentos recetados y los artículos que todavía cubrimos según la ley estatal.

Nutrición enteral y parenteral

Estos métodos para proporcionar nutrientes al cuerpo se usan cuando una afección médica le impide comer de manera normal. Cubrimos productos de nutrición enteral y parenteral cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos

Cubrimos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos cuando los receta un Proveedor de la Red. Si obtiene medicamentos o dispositivos anticonceptivos de un Proveedor que No Pertenece a la Red, el proveedor le pedirá a Medi-Cal Rx que pague sus artículos. No tiene que pagar por los anticonceptivos cubiertos.

Suministros para Pruebas de Diabetes

Las leyes del estado exigen que cubramos los suministros para pruebas de diabetes cuando las indica un Proveedor de la Red. Si obtiene sus suministros para pruebas de diabetes en una farmacia fuera de la red de Kaiser Permanente, su farmacia le pedirá a Medi-Cal Rx que pague sus suministros.

Otros artículos recetados que cubrimos

También cubrimos artículos recetados por los siguientes Proveedores que No Pertenecen a la Red:

- Médicos que No Pertenecen a la Red, si The Permanente Medical Group autoriza una referencia por escrito al médico que no pertenece a la red y el artículo tiene cobertura como parte de la referencia.
- Médicos que No Pertenecen a la Red, si el artículo tiene cobertura como parte de la Atención de Emergencia o la Atención de Urgencia cubiertas.
    - ♦ Un farmacéutico que no Pertenece a la Red o una sala de emergencias de un hospital le da un suministro de emergencia para hasta 72 horas.

Puede obtener más información sobre Medi-Cal Rx si consulta el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

Límite de suministro al día

Existe un límite en la cantidad de un medicamento u otro artículo que se puede entregar por vez.

- ■ ***Anticonceptivos hormonales***

  El médico que los receta determina la cantidad de medicamento o dispositivo anticonceptivo recetado. En cuanto a los límites de cobertura de suministro al día, los Proveedores de la Red determinan cuál es el suministro Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted para 30, 100 o 365 días. El máximo que podrá recibir por vez de anticonceptivos hormonales es un suministro de 365 días.

- ***Todos los demás artículos***

  El médico o dentista que extienda la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro o suplemento recetado. Los médicos de la red deciden cuál es el suministro Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted para 30 o 100 días.

  El máximo que puede recibir por vez para un producto cubierto puede ser de 30 días en un período de 30 días o de 100 días en un período de 100 días. Las cantidades de medicamentos o productos que superen el límite de días de suministro no están cubiertas.

  La farmacia puede reducir a 30 los días de suministro que entregue en cualquier período de 30 días si la farmacia determina que hay existencias limitadas del artículo o para medicamentos específicos (la farmacia de la red le explicará si un medicamento que usted use es uno de estos medicamentos).

Lista de medicamentos recetados disponibles para los artículos recetados cubiertos por Kaiser Permanente

Cubrimos ciertos artículos Necesarios desde el Punto de Vista Médico que requieren una receta médica y ciertos artículos que están disponibles para su venta sin receta (Over The Counter, “OTC”). Cubrimos estos artículos cuando los recibe como parte de una hospitalización cubierta o una consulta médica. También cubrimos ciertos artículos requeridos por las leyes estatales cuando estos artículos los surte una farmacia para pacientes ambulatorios de la red. Cubrimos artículos recetados por Proveedores de la Red, dentro del ámbito de su licencia y práctica, y de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.

Nuestra lista de medicamentos recetados disponibles incluye una lista de los medicamentos que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica aprobó para nuestros Miembros. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica es un grupo de médicos y farmacéuticos de la red que revisa los medicamentos para determinar su seguridad y eficacia. El Comité de Farmacia y Terapéutica decide qué medicamentos estarán en la lista de medicamentos aprobados de Kaiser Permanente. El Comité de Farmacia y Terapéutica se reúne por lo menos trimestralmente para considerar la inclusión y eliminación de medicamentos de la lista, tomando en cuenta información nueva o medicamentos nuevos disponibles.

Para saber si un medicamento está incluido en la lista de medicamentos recetados disponibles o para obtener una copia de la lista, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Nota: La inclusión de un medicamento en nuestra lista no significa necesariamente que su médico lo recetará para una afección médica en particular.

Lista de Medicamentos por Contrato para los medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medi-Cal Rx

Puede obtener más información sobre Medi-Cal Rx si consulta el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

Farmacias

Puede surtir sus recetas en una farmacia de la red de Kaiser Permanente o puede ir a una farmacia de Medi-Cal Rx para surtir la mayoría de sus recetas médicas de Medi-Cal. Si sus medicamentos recetados son parte de un tratamiento de investigación o de servicios de cuidados paliativos, debe surtir su receta médica en una farmacia de la red de Kaiser Permanente.

- ***Cómo surtir recetas médicas en una farmacia de Kaiser Permanente***

  Puede encontrar la ubicación de nuestras farmacias en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en “Español”) o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para obtener las ubicaciones y los horarios de las farmacias de la red en su área.

  Cuando haya elegido una farmacia, lleve su receta médica a la farmacia. Entregue su receta médica con su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Asegúrese de que la farmacia sepa todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, asegúrese de consultar al farmacéutico.

  Cuando necesite volver a surtir una receta médica, puede llamar por anticipado, usar el servicio de pedidos por correo o solicitarlo en línea. Algunas farmacias no aceptan volver a surtir recetas médicas con cobertura y no todos los artículos pueden enviarse a través del servicio de pedidos por correo. Consulte en su farmacia si tiene alguna pregunta sobre si el medicamento que le recetaron se puede enviar por correo u obtener en una farmacia de la red. Los artículos disponibles a través del servicio de pedidos por correo están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso.

- ***Cómo surtir recetas médicas en una farmacia de Medi-Cal Rx***

  Consulte el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente” para obtener información sobre cómo encontrar una farmacia de Medi-Cal Rx fuera de la red de Kaiser Permanente.

Medicare Parte D

Si está cubierto por Medi-Cal y es elegible, o si está inscrito en la cobertura de Medicare Parte D, Medicare Parte D paga primero. A veces, es posible que un medicamento cubierto por Medi-Cal no esté cubierto por Medicare Parte D. Si Medicare no cubre un medicamento que tenía cobertura de Medi-Cal, es posible que aún esté cubierto por la cobertura de Medi-Cal. Si es miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage y desea obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) de Senior Advantage. También puede obtener información sobre cómo recibir ayuda adicional para pagar los gastos de bolsillo.

Para obtener más información acerca de Medicare Parte D (incluido cómo inscribirse en la Parte D), llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**). También puede llamar a la línea telefónica gratuita de Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (TTY **1-877-486-2048**) o visitar su sitio web **es.medicare.gov**.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (“terapia”)

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

- Los servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Los servicios se brindan para atender una condición de salud.
- Los servicios son para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- Usted recibe los servicios en un Centro de Atención del Plan, a menos que un médico de la red determine que es Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted recibir los servicios en otra ubicación.

Acupuntura

Cubrimos servicios de acupuntura Necesarios desde el Punto de Vista Médico para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor agudo, crónico y persistente que resulta de una condición médica generalmente reconocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios no requieren una referencia ni aprobación previa.

Los servicios de acupuntura tienen cobertura cuando los proporcionan nuestros Proveedores de la Red o los proveedores de la red de American Specialty Health. Para obtener más información sobre los servicios de acupuntura, llame a American Specialty Health al **1-800-678-9133** (TTY **711**).

Audiología (audición)

Cubrimos servicios de audiología Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Tratamiento de salud del comportamiento

Cubrimos los servicios de tratamiento de salud del comportamiento (behavioral health treatment, "BHT") para los miembros menores de 21 años de edad de acuerdo con el beneficio federal del Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment ("EPSDT"). BHT incluye los programas de servicios y tratamiento, como el análisis del comportamiento y programas de intervención en el comportamiento según la evidencia para desarrollar o restaurar, tanto como sea posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años de edad.

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

Los servicios de BHT deben ser Necesarios desde el Punto de Vista Médico, estar recetados por un médico o un psicólogo con licencia, contar con la aprobación de The Permanente Medical Group y brindarse de una manera que siga el plan de tratamiento aprobado.

El plan de tratamiento:

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

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

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

- BHT que se proporciona cuando no se espera un beneficio clínico continuado.
- Servicios que son principalmente de relevo, cuidados diurnos o educativos.
- Reembolso por la participación de los padres en un programa de tratamiento.
- Tratamiento cuando el objetivo es vocacional o recreativo.
- Atención de custodia que se proporciona principalmente (i) para ayudar en las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, comer y mantener la higiene personal), (ii) para mantener la seguridad del Miembro o de otros y (iii) que podría ser proporcionada por personas sin habilidades o capacitación profesionales.
- Procedimientos que se realizan y servicios y suministros que se proporcionan en un entorno no convencional que incluye, entre otros, centros vacacionales, balnearios y campamentos
- Servicios que proporcione uno de los padres, un tutor legal o una persona legalmente responsable

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Rehabilitación cardíaca

Cubrimos los servicios de rehabilitación cardíaca Necesarios desde el Punto de Vista Médico para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Equipo médico duradero

El Equipo Médico Duradero (“DME”) incluye los artículos que cumplen con los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarlo repetidamente.
- El artículo se utiliza principal y habitualmente para un objetivo médico.

- El artículo es útil solamente para una persona que tiene una lesión o enfermedad.
- El artículo es adecuado para su uso en el hogar.
- El artículo es necesario para ayudarle con sus actividades de la vida diaria (activities of daily living, “ADL”).

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

La cobertura del Medi-Cal Plan no incluye lo siguiente:

- Equipo o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo, excepto para los extractores de leche regulares, como se describe en “Extractores de leche y suministros” bajo el título “Cuidados de maternidad y del recién nacido” en este capítulo.
- Artículos que no tienen la finalidad de mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipo para ejercicios (incluidos los dispositivos que tienen la finalidad de proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas).
- Material de higiene, salvo cuando sea Necesario desde el Punto de Vista Médico para un miembro menor de 21 años.
- Artículos no médicos, como baños sauna o elevadores.
- Modificaciones a su hogar o vehículo, excepto en el caso de salvaescaleras que no requieren cambios permanentes en su hogar. Para obtener información sobre las modificaciones que pueden tener cobertura de acuerdo con el programa Community Supports, consulte ese título más adelante en este capítulo 4.
- Dispositivos para realizar análisis de sangre u otras sustancias corporales, excepto suministros para pruebas diabéticas. Están cubiertos los monitores de glucosa en sangre para diabetes, las tiras reactivas y las lancetas. Para obtener más información, consulte la sección “Suministros para pruebas de diabetes” previamente en este capítulo.
- Monitores electrónicos del corazón o pulmones, excepto monitores de apnea infantil.
- Reparación o reemplazo del equipo a causa de pérdida, robo o mal uso, salvo cuando sea Necesario desde el Punto de Vista Médico para un miembro menor de 21 años.

- Otros artículos que generalmente no se utilizan para la atención médica.

Nota: Los servicios que están sujetos a autorización previa (aprobación previa) pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de redes de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Aparatos auditivos

Cubrimos aparatos auditivos como se describe en esta sección si:

- Según las pruebas, tiene pérdida de la audición.
- Los aparatos auditivos son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Se los receta su médico.
- La cobertura se limita al audífono de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. Nosotros elegiremos quién suministrará la prótesis auditiva. Cubrimos un audífono, a menos que necesite un audífono para cada oído a fin de lograr resultados mucho mejores de los que podría obtener con un solo audífono.

■ ***Prótesis auditivas para Miembros menores de 21 años***
Los niños que necesiten prótesis auditivas serán evaluados para comprobar su elegibilidad bajo el programa Whole Child Model. Si el niño reúne los requisitos para el programa Whole Child Model, el costo de las prótesis auditivas Necesarias desde el Punto de Vista Médico será cubierto por Health Plan of San Mateo. Si el niño no es elegible el programa Whole Child Model, nosotros cubriremos las prótesis auditivas Necesarias desde el Punto de Vista Médico como parte de la cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información sobre el programa Whole Child Model, consulte el título con el mismo nombre más adelante en este Capítulo 4.

■ ***Aparatos auditivos para Miembros mayores de 21 años***
Según Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada prótesis auditiva:

- Moldes necesarios para la adaptación.
- Un paquete de baterías estándar.
- Visitas para asegurar que el audífono funcione correctamente.
- Visitas para limpiar y adaptar la prótesis auditiva.
- Reparación de su prótesis auditiva.

Según Medi-Cal, cubrimos un reemplazo de prótesis auditiva si:

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

Para adultos a partir de los 21 años, la cobertura de Medi-Cal no incluye:

- cambio de baterías para audífonos

Servicios de salud domiciliaria

Cubrimos los servicios médicos brindados en su hogar cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y los receta su médico, si se cumple todo lo siguiente:

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

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

- Atención de enfermería especializada de tiempo parcial
- Auxiliar de salud domiciliaria de tiempo parcial
- Servicios medicosociales
- Suministros médicos

Suministros médicos, equipos y dispositivos

Cubrimos el equipo médico, los dispositivos y los suministros Necesarios desde el Punto de Vista Médico recetados por un Proveedor de la Red, incluidos los dispositivos para la audición implantados. Algunos suministros médicos están cubiertos por Medi-Cal Rx y no por nosotros. Para obtener más información sobre qué suministros están cubiertos por Medi-Cal Rx, puede preguntar en su farmacia. Para obtener más información acerca de Medi-Cal Rx, consulte el título “Medi-Cal Rx” en la sección “Otros beneficios y programas no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo 4.

La cobertura de Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Artículos domésticos comunes, que incluyen, entre otros
  - ♦ cinta adhesiva (todos los tipos)

- ♦ alcohol para frotar
- ♦ cosméticos
- ♦ bolas de algodón e hisopos
- ♦ Q-tips, polvos secantes
- ♦ toallitas húmedas
- ♦ hamamelis

- Remedios domésticos comunes que incluyen, entre otros, los siguientes:
  - ♦ petrolato blanco
  - ♦ aceites y lociones para piel seca
  - ♦ talco y productos de combinaciones de talco
  - ♦ agentes oxidantes como el agua oxigenada (peróxido de hidrógeno)
  - ♦ peróxido de carbamida y perborato de sodio
  - ♦ champús de venta sin receta médica
- Preparaciones tópicas que contengan ungüentos de ácido benzoico y salicílico, crema de ácido salicílico, ungüento o líquido y pasta de óxido de zinc.
- Otros artículos que no se utilizan generalmente para el cuidado de la salud y que normalmente y principalmente los utilizan personas que no tienen necesidades médicas específicas.

Terapia ocupacional

Cubrimos los servicios de terapia ocupacional Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluidos la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones y los servicios de consultoría.

Nota: Los servicios que están sujetos a autorización previa (aprobación previa) pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de redes de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Artículos ortésicos/prostésicos

Cubrimos dispositivos ortésicos y prostésicos si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El artículo es Necesario desde el Punto de Vista Médico para restablecer el funcionamiento de una parte del cuerpo (solo para dispositivos prostéticos).
- Le recetaron el artículo.
- El artículo es Necesario desde el Punto de Vista Médico para apoyar una parte del cuerpo (solo para dispositivos ortésicos).
- El artículo es Necesario desde el Punto de Vista Médico para que usted realice actividades de la vida diaria.
- El artículo es razonable para su condición médica general.

El artículo debe estar aprobado previamente para usted. Esto incluye dispositivos auditivos implantados, prótesis mamarias/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para soportar una parte del cuerpo debilitada o deformada. La cobertura se limita al artículo de menor costo del equipo que satisfaga sus necesidades médicas de manera adecuada. Nosotros elegiremos el proveedor.

Nota: Los servicios que están sujetos a autorización previa (aprobación previa) pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de redes de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Suministros para ostomía y urológicos

Los suministros de ostomía y urología deben tener aprobación previa.

Cubrimos bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. No cubrimos suministros que sean para fines de comodidad o conveniencia. Tampoco cubrimos equipos o herramientas de lujo.

Nota: Los servicios que están sujetos a autorización previa (aprobación previa) pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de redes de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Fisioterapia

Cubrimos los servicios de fisioterapia Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluidos la evaluación de la fisioterapia, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las instrucciones, los servicios de consultoría y la aplicación de medicamentos tópicos.

Rehabilitación pulmonar

Cubrimos la rehabilitación pulmonar Necesaria desde el Punto de Vista Médico y recetada por un Proveedor de la Red.

Servicios en centros de enfermería especializada

Cubrimos los servicios en centros de enfermería especializada Necesarios desde el Punto de Vista Médico, si usted es discapacitado y necesita un nivel alto de atención. Estos servicios incluyen alojamiento en un centro de atención autorizado con atención de enfermería especializada las 24 horas del día de forma diaria.

Terapia del habla

Cubrimos la terapia del habla que sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico.

Servicios para personas transgénero

Cubrimos los servicios para personas transgénero (servicios de afirmación de género) cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico o cuando los servicios cumplen los criterios para la cirugía reconstructiva.

Ensayos Clínicos

Cubrimos los servicios que reciba en relación con un ensayo clínico si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Habríamos cubierto los servicios si no hubieran estado relacionados con un ensayo clínico.
- Reúne los requisitos para participar en el ensayo clínico, de acuerdo con el protocolo del estudio, con respecto al tratamiento del cáncer u otra condición que pone en riesgo la vida (una condición con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa la evolución de dicha condición), según se determine de una de las siguientes formas:
  - ♦ Un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente realiza esta determinación.
  - ♦ Nos proporciona información médica y científica que lo determina.

- Si algún Proveedor de la Red de Kaiser Permanente participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el ensayo clínico, debe participar en el ensayo clínico a través de un Proveedor de la Red de Kaiser Permanente, salvo que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.
- El ensayo clínico es un Ensayo Clínico Aprobado.

"Ensayo Clínico Aprobado" significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV relacionado con la prevención, detección o tratamiento de una condición potencialmente mortal. El ensayo clínico debe cumplir uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:

- El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de contar con una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
- El estudio o la investigación es aprobado o financiado por al menos uno de los siguientes:
  - Los Institutos Nacionales de Salud.
  - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.
  - La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención de la Salud.
  - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
  - Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
  - Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros.
  - El Departamento de Asuntos de Veteranos o el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. determina que cumple con todos los siguientes requisitos: (1) Es comparable al sistema de los Institutos Nacionales de Salud de revisión por pares de estudios e investigaciones y (2) asegura una revisión imparcial conforme a los estándares científicos más altos por personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.

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

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

Servicios de laboratorio y radiología

Cubrimos los servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico. Muchos procedimientos avanzados de imágenes diagnósticas, como las tomografías computarizadas (“TC”), imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, “MRI”) y las tomografías por emisión de positrones (“TEP”) se cubren según la necesidad médica.

Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas

Servicios preventivos

Cubrimos los siguientes servicios preventivos:

- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Vacunas.
- Servicios de planificación familiar.
- Las recomendaciones Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría.
- Servicios preventivos para mujeres recomendados por el Instituto de Medicina, la Administración de Recursos de Servicios de Salud y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos.
- Servicios para dejar de fumar.
- Servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con puntuación “A” y “B”.

Los servicios de planificación familiar se brindan a Miembros en edad de tener hijos para permitirles determinar cuántos hijos desean tener y cada cuánto tiempo. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, “FDA”). Como Miembro, usted elige un médico que se encuentra cerca de usted y le proporcionará los servicios que necesita.

Los PCP y los especialistas en obstetricia/ginecología de Kaiser Permanente están disponibles para brindar servicios de planificación familiar. Para servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o una clínica de Medi-Cal que no esté relacionada con Kaiser Permanente sin necesidad de obtener una referencia ni aprobación previa. Le pagaremos a ese médico o clínica los servicios de planificación familiar que reciba.

Nota: Para obtener más información sobre los servicios de prevención para los niños, diríjase a la sección “Servicios pediátricos” del capítulo 5.

Diabetes Prevention Program (“DPP”)

El Diabetes Prevention Program (“DPP”) es un programa de cambio en el estilo de vida con base en la evidencia, diseñado para prevenir o retrasar el inicio de la diabetes tipo 2 en las personas diagnosticadas con prediabetes. El programa dura un año. Puede durar un segundo año para los Miembros que califican. El programa utiliza apoyos y técnicas aprobados en el estilo de vida que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Proporcionar un asesor de pares.
- Enseñar el autocontrol y la resolución de problemas.
- Proporcionar aliento y comentarios.
- Proporcionar materiales informativos para apoyar los objetivos.
- Realizar un monitoreo de los pesajes de rutina para ayudar a lograr los objetivos.

Los Miembros interesados en el DPP deben cumplir los requisitos de elegibilidad del programa. Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) para obtener información adicional sobre el programa y la elegibilidad.

Cirugía reconstructiva

Ofrecemos cobertura para:

- Cirugía, cuando hay un problema con una parte de su cuerpo. Este problema puede ser causado por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumas, infecciones, tumores, enfermedades o lesiones. Cubrimos cirugías para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo a fin de crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Después de la extirpación Necesaria desde el Punto de Vista Médico de la totalidad o de parte de un seno, cubrimos la cirugía reconstructiva del seno y del otro seno para que tengan un aspecto similar. Cubrimos los servicios para la hinchazón después de la extirpación de los ganglios linfáticos.

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

Servicios de detección de trastornos por abuso de sustancias

Cubrimos servicios de detección y asesoramiento por abuso de alcohol y uso de drogas ilegales. No cubrimos servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

Para obtener más información sobre los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, consulte el título “Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias” de la sección “Otros beneficios y programas no cubiertos por Kaiser Permanente” más adelante en este capítulo.

Servicios para la vista

Exámenes de rutina de los ojos

Cubrimos un examen de los ojos de rutina cada 24 meses. Se cubren exámenes de los ojos adicionales si son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Anteojos

Cubrimos lo siguiente:

- ***Anteojos completos (armazón y lentes)***
  Cubrimos un par completo de anteojos cada 24 meses cuando tiene una receta médica de al menos 0.75 dioptrías.

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

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

- ***Armazones para Anteojos***

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

- ***Reemplazo de anteojos en un plazo de 24 meses***

  Cubrimos el reemplazo de anteojos dentro de los 24 meses si cambió su receta médica en al menos 0.50 dioptrías o pierde, le roban o se le rompen los anteojos (y no se pueden arreglar) y no es su culpa. Debe redactar una nota que describa cómo se perdieron o rompieron sus anteojos o cómo se

los robaron. El armazón de reemplazo será del mismo estilo que su antiguo armazón (hasta $80) si han pasado menos de 24 meses desde que le entregaron sus anteojos.

Dispositivos para visión disminuida

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

- La mejor agudeza visual corregida es de 20/60, o menos en el mejor ojo, o hay una restricción de campo de cualquiera de los ojos a 10 grados o menos del punto de fijación.
- La condición que causa la visión anormal es crónica y no se puede por medios médicos o quirúrgicos.
- La condición física y mental del receptor es tal que hay una expectativa razonable de que la ayuda se utilice para mejorar la función diaria del receptor.

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

Lentes de contacto especiales

Si tiene una condición médica en la que un médico u optometrista de la red decide que es Necesario desde el Punto de Vista Médico que use lentes de contacto, cubriremos los lentes de contacto. Las afecciones médicas que califican para lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia, queratocono.

Reemplazaremos los lentes de contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico si se le pierden o se los roban. Debe enviarnos una nota que describa cómo se perdieron sus lentes de contacto o cómo se los robaron.

Nota: Las políticas de reemplazo de lentes pueden variar entre las redes de proveedores de Health Plan of San Mateo. Si desea obtener información sobre cómo cambiar de redes de proveedores, llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia

Para obtener información sobre los servicios de transporte de emergencia, consulte el título “Servicios de emergencia” previamente en este capítulo 4.

Transporte Médico para situaciones que no son de emergencia

Usted tiene derecho al Transporte Médico en situaciones que no sean de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un auto, autobús, tren o taxi para llegar a sus citas de Medi-Cal. El Transporte Médico puede proporcionarse para los servicios de Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, por abuso de sustancias o de farmacia. Su médico decidirá el tipo correcto de transporte que necesita. El Transporte Médico puede ser una ambulancia, camioneta (van) equipada, camioneta para el transporte en silla de ruedas o transporte aéreo.

El Transporte Médico debe usarse cuando:

- No puede usar un autobús, taxi, auto ni camioneta por su condición física o médica para ir a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad mental o física.
- Un médico de la red lo solicita y lo autoriza por adelantado.

Si su médico decide que necesita Transporte Médico, se lo recetarán. Le llamaremos para programar su Transporte Médico.

Límites del Trasporte Médico

En situaciones que no sean de emergencia, cubrimos el trasporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas para ir con el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. Esto significa que, por ejemplo, si puede física o médicamente ser transportado por una camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas, no pagaremos una ambulancia. Solo tiene derecho a ser transportado por aire si su condición médica hace que cualquier forma de transporte terrestre sea imposible.

No coordinaremos Transporte Médico si el servicio no está cubierto por Medi-Cal. Si el servicio está cubierto por Medi-Cal, pero no por nosotros, aún podemos ayudarle a coordinar el Transporte Médico. Si necesita Transporte Médico fuera de su Región Base o para ir con un Proveedor que no Pertenece a la Red, cubriremos el Transporte Médico únicamente si se lo autorizamos.

Costo del Transporte Médico en casos que no sean de emergencia para Miembros

No hay ningún costo para usted cuando nosotros autorizamos el Transporte Médico en casos que no sean de emergencia.

Transporte No Médico

Sus beneficios de Medi-Cal incluyen el traslado a sus citas o a la farmacia para los Servicios Cubiertos por Medi-Cal. Puede trasladarse, sin ningún costo para usted, cuando:

- Viaja hacia y desde una cita para un servicio cubierto de Medi-Cal.
- Recoge recetas médicas y suministros médicos.

Kaiser Permanente le permite usar un auto, taxi, autobús u otra forma de transporte público/privado para acudir a su cita médica para servicios cubiertos por Medi-Cal. Autorizamos la clase de NMT con el costo más bajo que cumpla con sus necesidades médicas. A veces, podemos reembolsarle el traslado en un vehículo privado que usted coordinó. Nosotros debemos aprobarlo antes de que se traslade. Debe decirnos por qué no puede trasladarse de otra forma, como en autobús. No haremos reembolsos en caso de usar agentes de transporte, pases de autobús, recibos de taxi o boletos de tren. Para solicitar autorización y conocer los criterios para la toma de decisiones sobre las autorizaciones, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-844-299-6230** (TTY **711**). El representante también puede responder cualquier pregunta sobre el reembolso de millas.

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

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

Nota: Los nativos americanos podrán ponerse en contacto con su Clínica de Salud para la Población Indígena (Indian Health Clinics, “IHC”) local para solicitar los servicios de NMT.

Límites de NMT

Cubrimos el Trasporte No Médico de menor costo que satisfaga sus necesidades para ir con el proveedor más cercano a su domicilio donde haya una cita disponible. Los Miembros no pueden manejar por su cuenta o recibir reembolsos directamente.

El NMT no aplica en los siguientes casos:

- Desde el punto de vista médico, se necesita una ambulancia, camioneta equipada para el transporte en silla de ruedas o camilla, u otra forma de NEMT para recibir un Servicio Cubierto por Medi-Cal.
- Necesita asistencia del conductor para trasladarse desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición médica.

- Usted usa una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no tiene cobertura de Medi-Cal.

Costo para Miembros del Transporte No Médico

No hay ningún costo cuando nosotros coordinamos el Transporte No Médico.

Otros Beneficios y Programas Cubiertos por Kaiser Permanente

Servicios Administrados de Apoyo a Largo Plazo ("MLTSS")

Cubrimos los siguientes beneficios de MLTSS para los miembros que reúnen los requisitos:

- Atención especializada a largo plazo en un centro de atención de enfermería especializada, intermedia o subaguda (más de 91 días.
- Servicios para adultos basados en la comunidad (Community Based Adult Services, "CBAS").
- Servicios de atención personal/Servicios de Apoyo en el Hogar (In Home Support Services, IHSS).
    - ♦ Si reúne los requisitos para los IHSS, el condado le proporcionará estos servicios.

Para obtener información sobre estos programas y quiénes son elegibles hable con su PCP o llame a la Unidad de Mejoras de Medicaid al **1-866-842-2574** (TTY **711**).

Coordinación de la atención

Ofrecemos servicios para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Nos coordinaremos con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico cubiertos por Medi-Cal, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por nosotros. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la salud de su hijo, llame al **510-618-5800** y deje un mensaje. Un coordinador de atención le devolverá la llamada, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Iniciativa de Atención Coordinada ("CCI")

La Iniciativa de Atención Coordinada (Coordinated Care Initiative, "CCI") de California trabaja para mejorar la coordinación de la atención para personas que sean elegibles

tanto para Medicaid como para Medicare (doble elegibilidad). Tiene dos partes principales: Cal MediConnect y Servicios administrados de apoyo a largo plazo.

Cal MediConnect

El programa Cal MediConnect tiene como objetivo mejorar la coordinación de la atención para personas que tienen la doble elegibilidad. Les permite inscribirse en un solo plan para administrar todos sus beneficios, en lugar de tener dos planes separados de Medi-Cal y Medicare. También tiene como objetivo una atención de alta calidad que ayude a que las personas se mantengan saludables y en sus hogares el mayor tiempo posible.

Los planes Cal MediConnect cubren lo siguiente:

- Una red de proveedores que trabajan en conjunto para usted.
- Un coordinador de atención personal que se asegurará que usted obtenga la atención y el apoyo que usted necesita.
- Una revisión personalizada de sus necesidades de salud y su plan de atención.

Servicios administrados de apoyo a largo plazo ("MLTSS") de Medi-Cal

Las personas que tienen la doble elegibilidad para Medicare y Medi-Cal o los adultos mayores o personas con discapacidades (Seniors or Persons with Disabilities, SPD) inscritos en Medi-Cal solo deben inscribirse a un plan de salud de atención médica administrada de Medi-Cal para recibir sus beneficios de Medi-Cal, incluidos los beneficios completos de MLTSS y Medicare.

Para obtener más información sobre la CCI, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Administración de la Atención Mejorada

Cubrimos los servicios de Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, "ECM") a los miembros con necesidades altamente complejas. ECM es un beneficio que brinda servicios adicionales de coordinación de la atención con el fin de ayudarle a obtener la atención que necesita para mantenerse sano. Coordina la atención que obtiene de diferentes médicos. ECM ayuda a coordinar la atención primaria, la atención de problemas médicos agudos, la salud del comportamiento, los servicios de desarrollo, la salud bucal y los servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, "LTSS"), basados en la comunidad, y las referencias a recursos comunitarios disponibles.

Si califica para ECM, es posible que se comuniquen con usted para informarle sobre los servicios de ECM que están disponibles para usted. También puede llamarnos o hablar con su médico o con el personal de la clínica para averiguar si puede recibir ECM.

Servicios de ECM cubiertos

Si usted califica para obtener los servicios de ECM, tendrá su propio equipo de atención, incluido un coordinador de atención. Su coordinador de atención hablará con usted y sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de caso, proveedores de servicio social y otras personas para garantizar que todos trabajen en conjunto para brindarle la atención que necesita. Su coordinador de atención también podrá ayudarle a ubicar y solicitar otros servicios en su comunidad. ECM incluye:

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

Para saber si ECM puede ser adecuado para usted, hable con su médico.

Costo para el miembro

Los servicios de ECM no tienen costo para usted.

Programa Community Supports (“CS”)

Es posible que Community Supports esté disponible para usted conforme a su plan de atención médica individualizado. Community Supports son servicios o entornos adecuados, económicos y alternativos a los cubiertos conforme al Plan Estatal de Medi-Cal. El programa Community Supports es opcional para los Miembros; no tiene que aceptarlo. Si califica, es posible que Community Supports le ayude a vivir de forma más independiente. Community Supports no sustituye los beneficios que ya recibe con Medi-Cal. Community Supports no está disponible en todas las áreas. No califican todos los Miembros para recibir Community Supports. Para calificar, debe cumplir criterios específicos.

Para obtener más información sobre Community Supports, llame al **510-618-5800** y deje un mensaje. Un coordinador de atención le devolverá la llamada, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Trasplantes de Órganos Importantes

Trasplantes para niños menores de 21 años

Los niños que necesiten trasplantes serán evaluados para su elegibilidad bajo el programa Whole Child Model. Si el niño reúne los requisitos para el programa Whole Child Model, Health plan of San Mateo cubrirá los costos relacionados con el trasplante. Si el niño no reúne los requisitos para el programa Whole Child Model, cubriremos el trasplante como parte de la cobertura de Medi-Cal. Para obtener más información sobre el programa Whole Child Model, consulte el título con el mismo nombre más adelante en este capítulo.

Trasplantes para adultos de 21 años y mayores

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

Los trasplantes de órganos importantes que nosotros cubrimos incluyen, entre otros:

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

Programa Whole Child Model (“WCM”)

El Programa WCM incorpora el programa de California Children’s Services (“CCS”) para niños y jóvenes de CCS elegibles para Medi-Cal en la atención administrada de Medi-Cal. CCS es un programa estatal que trata a niños menores de 21 años con ciertas condiciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen con las reglas del programa CCS. Si Health Plan of San Mateo o su PCP creen que su hijo tiene una condición elegible para CCS, su hijo será referido al programa del condado de CCS para evaluar su elegibilidad. Si se determina que su hijo es elegible, recibirá atención de CCS a través de Health Plan of San Mateo en el Programa WCM.

CCS no cubre todas las condiciones de salud. CCS cubre la mayoría de las condiciones de salud discapacitantes físicamente o que necesitan ser tratadas con medicina, cirugía o rehabilitación. Los ejemplos de condiciones elegibles para CCS incluyen, entre otras, las siguientes:

- cardiopatía congénita
- cánceres
- tumores
- hemofilia

- anemia de células falciforme
- problemas de tiroides
- diabetes
- problemas renales graves
- enfermedad del hígado
- labio o paladar hendido
- espina bífida
- pérdida de la audición
- cataratas
- parálisis cerebral
- convulsiones en ciertas circunstancias
- artritis reumatoide
- distrofia muscular
- SIDA
- lesiones graves en la cabeza, el crónicos cerebro o la médula espinal
- quemaduras graves
- dientes gravemente torcidos

El personal del programa de CCS del condado decidirá si su hijo reúne los requisitos para los servicios de CCS. No decidimos la elegibilidad de CCS. Si su hijo reúne los requisitos para recibir este tipo de atención, los proveedores de CCS que trabajan con Health Plan of San Mateo y Kaiser Permanente tratarán a su hijo por la condición de CCS.

Es posible que pueda recibir transporte, comidas, alojamiento y otros costos como estacionamiento, peajes, etc. si usted o su familia necesitan asistencia para llegar a una cita médica relacionada con una condición elegible para CCS y no hay otro recurso disponible. Debe llamarnos antes de pagar de su bolsillo el transporte, ya que cubrimos el transporte no médico y médico que no es de emergencia, como se indica en los beneficios y servicios. Sin embargo, si paga de su bolsillo, es posible que pueda recibir un reembolso de nuestra parte si paga los gastos de transporte necesarios por adelantado. Si se determina que su transporte es necesario, debemos aprobarlo y reembolsarlo dentro de los 60 días calendario posteriores a la presentación de los recibos y la documentación necesarios para los gastos de transporte.

Servicios que puede obtener a través de Health Plan of San Mateo

Hay ciertos servicios que no están incluidos en el contrato entre Health Plan of San Mateo y Kaiser Permanente. Para obtener más información sobre los servicios mencionados a continuación, llame a Health plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

- Whole Child Model.
- Servicios en un centro de atención a largo plazo, de atención intermedia o subaguda después del mes de ingreso más el mes siguiente.
- Servicios dentales.

Otros programas y servicios de Medi-Cal no cubiertos por Kaiser Permanente

A veces, Kaiser Permanente no cubre servicios, pero usted puede obtenerlos a través de Medi-Cal con FFS de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. Esta sección incluye una lista de algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame al evaluador de elegibilidad del condado o a la línea telefónica gratuita de Medi-Cal al **1-800-541-5555** (inglés y español). Nos coordinaremos con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico cubiertos por Medi-Cal, incluso si esos servicios no están cubiertos por nosotros.

Medi-Cal Rx

La mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios están cubiertos por Medi-Cal Rx como un servicio a través de Medi-Cal con FFS. Para que Medi-Cal Rx pueda cubrir el artículo, este debe estar en la Lista de Medicamentos por Contrato (Contract Drug List, "CDL") de Medi-Cal o Medi-Cal Rx debe realizar una aprobación previa. Su proveedor le puede decir si un medicamento está en la CDL de Medi-Cal Rx.

Lista de Medicamentos por Contrato ("CDL") de Medi-Cal Rx

La Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal es la lista de medicamentos que no requieren aprobación previa de Medi-Cal Rx. Su proveedor le puede decir si un medicamento está en la Lista de Medicamentos por Contrato de Medi-Cal Rx.

Algunas veces, es posible que necesite un artículo que no está en la Lista de Medicamentos por Contrato. En esos casos, Medi-Cal Rx necesitará aprobar estos artículos primero antes de que la farmacia se los pueda surtir. Medi-Cal Rx revisará la solicitud de su proveedor y tomará una decisión en un plazo de 24 horas.

- Un farmacéutico de su farmacia para pacientes ambulatorios o de la sala de emergencias del hospital puede darle un suministro de emergencia de 72 horas si considera que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará el suministro de emergencia del medicamento surtido por una farmacia para pacientes ambulatorios.
- Medi-Cal Rx puede responder que no a una solicitud que no sea de emergencia. Si responden que no, le enviarán una carta con los motivos. Le indicarán cuáles son sus opciones. Consulte la sección "Quejas" del capítulo 6 ("Cómo reportar y solucionar problemas") para obtener más información.

Para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos por Contrato o para obtener una copia de esta lista, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las

24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También pueden visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en **https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés).

Farmacias de Medi-Cal Rx

Si usted está surtiendo o resurtiendo medicamentos recetados, debe obtener sus medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Todas las farmacias para pacientes ambulatorios de Kaiser Permanente en su Región Base trabajan con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de Farmacias de Medi-Cal Rx en **https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/** (en inglés). También puede llamar a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cuando haya elegido una farmacia, lleve su receta médica a la farmacia. Su proveedor también puede enviarla a la farmacia por usted. Entregue en la farmacia su receta médica con su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, "BIC") de Medi-Cal y su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Asegúrese de que la farmacia sepa todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, asegúrese de consultar al farmacéutico.

Puede obtener ayuda de nuestra parte con el transporte para ir a la farmacia a recoger sus medicamentos recetados. Para obtener más información, vaya al encabezado "Servicios de transporte para situaciones que no son emergencias" en este capítulo 4.

Servicios especializados de salud mental

Los planes de salud mental del condado brindan servicios especializados de salud mental ("SMHS") Necesarios desde el Punto de Vista Médico a Miembros de Medi-Cal. Los servicios especializados de salud mental incluyen lo siguiente:

Servicios para pacientes ambulatorios:

- servicios de salud mental (evaluaciones, desarrollo del plan, tratamiento, rehabilitación y otros relacionados)
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios intensivos de tratamiento diurno
- servicios de rehabilitación diurnos
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de estabilización en casos de crisis
- servicios específicos de administración de casos

- servicios de comportamiento terapéuticos
- coordinación de la atención intensiva (intensive care coordination, “ICC”) (para los beneficiarios de hasta 21 años)
- servicios intensivos basados en el hogar (intensive home-based services, “IHBS”) (para los beneficiarios de hasta 21 años)
- cuidados de crianza terapéuticos (therapeutic foster care, “TFC”) (para los beneficiarios de hasta 21 años)

Servicios residenciales:

- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis

Servicios para pacientes hospitalizados:

- servicios hospitalarios agudos para pacientes psiquiátricos
- servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
- servicios en centros de salud psiquiátricos

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al condado. Para ver en línea todos los números de teléfono sin costo de los condados, visite **http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx** (en inglés).

Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

El condado brinda servicios para los trastornos por abuso de sustancias a los miembros de Medi-Cal que cumplen las normas de necesidad médica. Los Miembros que se identifican para los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias son referidos al departamento de su condado para recibir tratamiento. Para ver en línea todos los números de teléfono de los condados, visite **http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx** (en inglés).

Oración o curación espiritual

Los servicios de oración o curación espiritual, conforme se especifica en la Sección 51312 del Título 22 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, “CCR”), están disponibles a través Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (“LEA”)

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura para los servicios de evaluación de la Agencia Local de Educación (Local Education Agency, “LEA”), como se especifica en la Sección 51360(b) del Título 22 del CCR cuando se proporcionan a un Miembro que califica para los servicios de la LEA según la Sección 51190.1 del Título 22 del CCR.

Servicios de la LEA, como se especifica en la Sección 51360 del Título 22 del CCR

El Plan de Salud no es responsable de la cobertura de los servicios de la LEA provistos de conformidad con un Plan de Educación Individualizado (Individualized Education Plan, “IEP”), como se establece en el Código de Educación, Sección 56340 y subsecuentes, o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individualized Family Service Plan, “IFSP”), como se establece en la Sección 95020 del Código de Gobierno, o servicios de la LEA provistos bajo un Plan de Salud y Apoyo Individualizado (Individualized Health and Support Plan, “IHSP”), como se describe en la Sección 51360 del Título 22 del CCR.

Los servicios de laboratorio son proporcionados conforme el programa Estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica

La cobertura de los servicios según el programa Estatal de pruebas de alfafetoproteína sérica se brinda a través de Medi-Cal con FFS.

Cuidado de Salud Pediátrico Diurno

La cobertura de los servicios de cuidado de salud pediátrico diurno se realiza a través de Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Servicios de administración de casos específicos conforme se establece en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR

Los servicios de administración de casos específicos, conforme se establece en las Secciones 51185 y 51351 del Título 22 del CCR, se brindan a través de Medi-Cal con FFS. Comuníquese con su condado para obtener más información sobre cómo acceder a estos servicios.

Servicios que no puede obtener a través de Kaiser Permanente ni Medi-Cal

Esta sección describe los servicios que ni nosotros ni Medi-Cal cubriremos: Lea cada una de las secciones a continuación para obtener más información o llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Ciertos exámenes y servicios

La cobertura de Medi-Cal no incluye los exámenes y servicios necesarios:

- para obtener o mantener un trabajo
- para recibir un seguro
- para obtener cualquier tipo de licencia
- por orden judicial o para libertad condicional o periodo de prueba

Esta exclusión no se aplica si un médico de la red determina que los servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Artículos para comodidad o conveniencia

La cobertura de Medi-Cal no incluye equipos o herramientas de comodidad, conveniencia o lujo. Estos incluyen artículos que son solamente para la comodidad o la conveniencia de un Miembro, un familiar del Miembro o del proveedor de atención médica del Miembro. Esta exclusión no se aplica a los extractores de leche regulares que se proporcionan a las mujeres después de un embarazo. Esta exclusión tampoco se aplica a los artículos aprobados para usted conforme al programa Community Supports. Para obtener más información sobre Community Supports, consulte ese título más arriba en este capítulo 4.

Servicios estéticos

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios para cambiar su apariencia (incluida la cirugía en partes normales del cuerpo para modificar su aspecto). Esta exclusión no se aplica a los dispositivos protésicos cubiertos:

- Implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva con cobertura.
- Prótesis de seno necesarias después de una mastectomía o tumorectomía.
- Prótesis para reemplazar la totalidad o parte de una parte externa de la cara.

Suministros desechables

La cobertura de Medi-Cal no incluye los siguientes materiales desechables para uso en el hogar: vendajes, gasa, cinta, antisépticos, apósitos y vendajes tipo Ace. Esta exclusión no se aplica a los materiales desechables proporcionados como parte de los siguientes beneficios descritos en el capítulo 4 (“Beneficios y servicios”) de esta Guía para Miembros:

- tratamiento de diálisis/hemodiálisis
- equipo médico duradero
- atención médica a domicilio
- cuidados paliativos y para enfermos terminales
- suministros médicos, equipos y dispositivos
- medicamentos recetados

Servicios experimentales

Los servicios experimentales son medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que se están probando en un laboratorio o en animales, pero que no están listos para ser probados en humanos. La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios experimentales.

Servicios de fertilidad

La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios para ayudar a la mujer a quedar embarazada, incluidos servicios sobre infertilidad, inseminación artificial y servicios de tecnología reproductiva asistida. Los servicios para la preservación de la fertilidad no están cubiertos por Medi-Cal.

Tratamiento para el crecimiento o la caída del cabello

La cobertura de Medi-Cal no incluye los artículos y servicios para la promoción, prevención u otro tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello.

Artículos y servicios que no son para la atención médica

La cobertura de Medi-Cal no incluye los artículos o servicios que no son para la atención médica, a menos que estén autorizados para usted conforme al programa Community Supports o el equipo médico duradero. Por ejemplo, no cubrimos:

- Enseñanza de modales y etiqueta.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.

- Artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas.
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Asesoramiento o clases particulares académicas para desarrollar habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo.
- Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia.
- Exámenes educativos.
- Enseñanza de arte, danza, música; enseñanza de cómo montar a caballo, cómo tocar un instrumento o nadar, excepto que esta exclusión de "enseñanza de cómo tocar un instrumento" no se aplica a los servicios que formen parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y que tengan cobertura conforme a la sección "Tratamientos de Salud del Comportamiento" en el capítulo 4 ("Beneficios y servicios").
- Enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales.
- Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
- Modificaciones a su hogar o auto, a menos que sean cambios temporales y se determine que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico o sean aprobados bajo Community Supports.
- Terapia acuática y otra hidroterapia. Esta exclusión de terapia acuática y otra hidroterapia no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el capítulo 4 ("Beneficios y servicios"):
  - ♦ atención médica a domicilio
  - ♦ cuidados paliativos y para enfermos terminales
  - ♦ servicios de rehabilitación y habilitación
  - ♦ servicios en centros de enfermería especializada

Masoterapia

La cobertura de Medi-Cal no incluye terapia de masajes. Esta exclusión no se aplica a los servicios de terapia que son parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos como parte de los siguientes beneficios en el capítulo 4 ("Beneficios y servicios") de esta Guía para Miembros:

- atención médica a domicilio
- cuidados paliativos y para enfermos terminales

- servicios de rehabilitación y habilitación
- servicios en centros de enfermería especializada

Servicios de cuidado personal

La cobertura de Medi-Cal no incluye servicios que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, como ayuda con actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y tomar medicinas). Esta exclusión no se aplica a la asistencia para actividades de la vida diaria que se brinda como parte de la cobertura descrita en las siguientes secciones:

- cuidados paliativos y para enfermos terminales
- servicios administrados de apoyo a largo plazo (“MLTSS”)
- centros de atención enfermería especializada/de atención intermedia o subaguda
- programa In-Lieu-of Services

Reversión de la esterilización

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios para revertir una intervención quirúrgica voluntaria de anticoncepción.

Artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies

La cobertura de Medi-Cal no incluye artículos y servicios para el cuidado de los pies que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal

La cobertura de Medi-Cal no incluye medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión no se aplica a las siguientes situaciones:

- Servicios de emergencia cubiertos que se reciban en Canadá o México.
- Servicios cubiertos bajo “Ensayos clínicos sobre el cáncer” en el capítulo 4 de esta Guía para Miembros.
- Servicios proporcionados como parte de los servicios de investigación cubiertos, como se describe en el capítulo 4 de esta Guía para Miembros.

Servicios prestados por personas sin licencia

La cobertura de Medi-Cal no incluye los servicios que son realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención médica, y en los casos en que la condición del Miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica certificado.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en el título “Tratamiento de salud del comportamiento” de “Servicios de rehabilitación y habilitación” en el capítulo 4 de esta Guía para Miembros. Esta exclusión tampoco se aplica al programa Community Supports aprobado para usted.

Servicios relacionados con un servicio sin cobertura

Cuando un servicio no está cubierto, se excluyen todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de complicaciones que resultan de los servicios no cubiertos, si esas complicaciones estarían cubiertas por Medi-Cal. Por ejemplo, si tiene una cirugía estética que no está cubierta, no cubriremos los servicios que reciba para prepararse para la cirugía o para la atención de seguimiento. Si después sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no se aplicará y cubriremos los servicios necesarios para tratar la complicación, siempre que los servicios estén cubiertos por Medi-Cal.

Manejo de casos de envenenamiento por plomo en la niñez proporcionado por los departamentos de salud del condado

Comuníquese con su condado para obtener más información sobre los servicios de manejo de los casos por intoxicación por plomo.

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Kaiser Permanente lleva a cabo un proceso riguroso para supervisar y evaluar la evidencia clínica de nuevas tecnologías médicas que consta de tratamientos y pruebas. Los médicos de la red determinan si las nuevas tecnologías médicas que demostraron ser seguras y eficaces en estudios clínicos publicados y revisados por pares son adecuadas para los pacientes desde el punto de vista médico.

5. Bienestar de niños y jóvenes

Los niños y jóvenes miembros menores de 21 años de edad pueden obtener servicios de salud especiales en cuanto son asignados a Kaiser Permanente. Esto garantiza que obtengan servicios preventivos, dentales, de salud mental, de desarrollo y especializados adecuados. Este capítulo explica estos servicios.

Servicios pediátricos (niños menores de 21 años)

Los Miembros menores de 21 años de edad están cubiertos para la atención que necesiten. La siguiente lista incluye los servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar o mejorar defectos y diagnósticos físicos o mentales. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Consultas de bienestar infantil y exámenes médicos para jóvenes (consultas importantes que los niños necesitan).
- Vacunas (inyecciones).
- Servicios de salud mental para condiciones de leves a moderadas (el condado cubre los servicios de salud mental especializados).
- Servicios de audición (cubiertos por el programa Whole Child Model para los niños que califican. Nosotros cubriremos los servicios de audición Necesarios desde el Punto de Vista Médico que Whole Child Model no cubra).
- Pruebas de laboratorio, incluidos los análisis de sangre para la intoxicación por plomo.
- Educación preventiva y para la salud.
- Servicios para la vista.
- Servicios dentales (cubiertos por Health Plan of San Mateo).

A estos servicios se les llaman servicios del programa Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (“EPSDT”). Los servicios de EPSDT que recomiendan las pautas de pediatría de Brigth Futures para ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse sanos están cubiertos sin ningún costo para usted.

Exámenes médicos para el bienestar infantil y atención preventiva

La atención preventiva incluye exámenes médicos y pruebas de detección regulares para ayudar a su médico a encontrar problemas en una etapa temprana, y servicios de asesoramiento para detectar enfermedades, problemas de salud o afecciones médicas antes de que causen problemas. Los exámenes médicos regulares le ayudan a usted o al médico de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, auditivos, de salud mental y cualquier trastorno por abuso de sustancias (drogas). Cubrimos los exámenes médicos para detectar problemas (incluida la evaluación del nivel de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su examen médico regular, o el de su hijo.

La atención preventiva también incluye vacunas que usted o su hijo necesitan. Debemos asegurarnos de que todos los niños inscritos reciban las vacunas necesarias al momento de cualquier consulta de atención médica. Los servicios de atención preventiva y las pruebas de detección están disponibles para usted sin costo y sin aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debe acudir a los exámenes médicos a estas edades:

- 2 a 4 días después del nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- una vez al año de 3 a 20 años de edad

Los exámenes médicos para el bienestar infantil incluyen:

- Un historial completo y un examen físico de pies a cabeza.
- Vacunas apropiadas para la edad (California sigue el cronograma de periodicidad de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría).
- Pruebas de laboratorio, incluidos los análisis de sangre para la intoxicación por plomo.

- Educación para la salud.
- Examen auditivo y de la vista.
- Examen de salud bucal.
- Evaluación de la salud del comportamiento.

Cuando se encuentra un problema físico o de salud mental durante un examen médico o de detección, es posible que haya algún cuidado que pueda solucionarlo o ayudarlo. Si la atención es Necesaria desde el Punto de Vista Médico y somos responsables de pagarla, la cubriremos sin costo alguno para usted. Estos servicios incluyen:

- Médico, enfermero practicante y atención hospitalaria.
- Vacunas para mantenerlo saludable.
- Fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y ocupacional.
- Servicios de salud a domicilio, que pueden ser equipos médicos, suministros y dispositivos.
- Tratamiento para problemas de la vista, incluye anteojos.
- Tratamiento para problemas auditivos, incluye aparatos auditivos cuando no están cubiertos por el programa Whole Child Model.
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo.
- Administración de casos y educación para la salud.
- Cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar la función o crear una apariencia normal.

Análisis de sangre para la intoxicación por plomo

Todos los niños asignados a Kaiser Permanente deben realizarse análisis de sangre para la intoxicación por plomo a los 12 y 24 meses o entre los 36 y 72 meses de edad si no se los realizaron antes.

Ayuda para la obtención de los servicios de bienestar de niños y jóvenes

Ayudaremos a los miembros menores de 21 años de edad y a sus familias a obtener los servicios que necesitan. Un coordinador de atención de Kaiser Permanente puede:

- informarle sobre los servicios disponibles

- ayudar a encontrar Proveedores de la Red o Proveedores que no Pertenecen a la Red, cuando sea necesario
- ayudar a hacer citas
- coordinar el Transporte Médico y el Transporte No Médico para que los niños puedan llegar a sus citas
- ayudar a coordinar la atención médica para los servicios por medio de FFS de Medi-Cal, como, entre otros:
  - ♦ servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y por abuso de sustancias

Otros servicios que los niños pueden obtener a través de Pagos por Servicios ("FFS") de Medi-Cal o de otros programas

Revisiones dentales

Para obtener información sobre los servicios dentales cubiertos por Health Plan of San Mateo, llame al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

Servicios de referencias adicionales a educación preventiva

Si le preocupa que su hijo tiene dificultades para participar y aprender en la escuela, hable con el médico de atención primaria, los maestros o administradores de la escuela de su hijo. Además de los beneficios médicos que nosotros cubrimos, hay servicios que la escuela debe brindar para ayudarle a su hijo a aprender y no atrasarse.

Algunos ejemplos de servicios que se pueden brindar para ayudar a su hijo a aprender incluyen:

- servicios del habla y del lenguaje
- servicios psicológicos
- fisioterapia
- terapia ocupacional
- tecnología de asistencia
- servicios de trabajo social
- servicios de asesoramiento
- servicios de enfermero escolar
- transporte hacia y desde la escuela

El Departamento de Educación de California proporciona y paga estos servicios. Junto con los médicos y maestros de su hijo, puede diseñar un plan personalizado que ayude de la mejor manera posible a su hijo.

6. Cómo reportar y solucionar problemas

Hay dos clases de problemas que puede tener con Kaiser Permanente:

- Una **queja** (o **queja formal**) es cuando tiene un problema con Kaiser Permanente o un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibe de un proveedor
- Una **apelación** es cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir o con un cambio en sus servicios.

Puede utilizar el proceso de quejas y apelaciones de Kaiser Permanente para informarnos acerca de su problema. También puede comunicarse con Health Plan of San Mateo en lugar de Kaiser Permanente. Llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m. para informarles sobre su problema. Usar el proceso de quejas de Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo no significa que renuncia a ninguno de sus derechos ni que Kaiser Permanente ni Health Plan of San Mateo lo discriminarán ni tomarán medidas en su contra por presentar una queja. Si nos informa sobre su problema, podremos mejorar la atención para todos los Miembros.

Si no se resuelve su queja formal o apelación después de 30 días, o si no está de acuerdo con el resultado, puede pedir al Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, “DMHC”) que revise su queja o realice una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, “IMR”). Puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (“DMHC”) al **1-888-466-2219** (TTY **1-877-688-9891 o 711**) o visitar la página web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov** (en inglés).

El defensor general de los derechos de atención médica administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención de la Salud (Department of Health Care Services, “DHCS”) de California también puede ayudar. Ellos lo pueden ayudar si tiene problemas para unirse a un plan de salud, cambiarlo o cancelarlo. También pueden ayudar si cambió su lugar de residencia y tiene dificultades para que Medi-Cal lo transfiera al nuevo condado. Puede comunicarse con el Defensor General de los Derechos al **1-888-452-8609** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

También puede presentar una queja formal sobre su elegibilidad con Medi-Cal en su oficina de elegibilidad del condado. Si no está seguro con quién puede presentar su queja formal, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Para reportar información incorrecta sobre su seguro adicional, llame a Medi-Cal al **1-800-541-5555**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Quejas

Una queja (o queja formal) es cuando tiene un problema o está en desacuerdo con los servicios que está recibiendo de Kaiser Permanente o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una queja.

Si su inquietud está relacionada con el Programa Whole Child Model o los servicios dentales, comuníquese directamente con Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Si tiene una queja sobre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que recibió a través de Medi-Cal Rx, presente su queja a Medi-Cal Rx. Puede presentar una queja por escrito o por teléfono si ingresa a **www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov** (en inglés) o llama a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al **1-800-977-2273**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas a nuestro proceso de quejas y no son elegibles para una Revisión Médica Independiente. Como Miembro, puede presentar quejas sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx si llama al **1-800-977-2273** (TTY **800-977-2273 y presiona 5** o **711**) o si visita **www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov** (en inglés). Si su médico se niega a recetarle un medicamento que cree que necesita, puede solicitar una Revisión Médica Independiente de la decisión de su médico. El número de teléfono sin costo del DMHC es **1-888-466-2219** y la línea TTY es **1-877-688-9891**. Puede encontrar el formulario de Revisión Médica Independiente o quejas y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: **www.dmhc.ca.gov** (en inglés).

Para todos los demás problemas, puede presentar una queja a través de Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo en cualquier momento por teléfono, por escrito, o en línea.

- **Por teléfono:**
    - Llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-464-4000** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana

(excepto días festivos). Deberá proporcionarnos su número de historia clínica, nombre y el motivo de su queja.

- ♦ Llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m. Proporcione su número de identificación de Health Plan of San Mateo, su nombre, y el motivo de su queja.

- **Por correo:**
  - ♦ Llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-464-4000** (TTY **711**) y pídanos que le enviemos un formulario. También tendrán formularios de queja disponibles en el consultorio de su médico. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle. Envíe por correo el formulario a la oficina de Servicio a los Miembros de un Centro de Atención de la red de Kaiser Permanente (consulte las ubicaciones en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”]).
  - ♦ Llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**) y solicite que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan de salud y el motivo de su queja. Dígales lo que sucedió y cómo pueden ayudarlo. Envíe el formulario a:

    Health Plan of San Mateo
    801 Gateway Blvd., Suite 100 South
    South San Francisco, CA 94080

- **En persona:**
  - ♦ Llene un formulario de queja o solicitud o reclamación de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan**.**

- **En línea:**
  - ♦ Utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.
  - ♦ Visiste el sitio web de Health Plan of San Mateo en **www.hpsm.org** (en inglés)

Si necesita ayuda para llenar su queja, lo podemos ayudar. Ofrecemos servicios de idiomas sin costo. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede obtener ayuda de Health Plan of San Mateo. También pueden brindarle servicios lingüísticos sin ningún costo.

Si presentó su queja ante Health Plan of San Mateo, trabajarán con usted y Kaiser Permanente para resolver el problema. Para obtener más información sobre el proceso de quejas de Health Plan of San Mateo, llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

Dentro de los 5 días de recibir su queja, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le enviaremos otra carta para informarle sobre cómo resolvimos su problema. Si presentó su queja ante Health Plan of San Mateo, responderán dentro de los mismos plazos. Si nos llama por una queja que no se trata de la cobertura de atención médica, necesidad médica o tratamiento experimental o de investigación, y su queja se resuelve al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si usted o su médico desean que Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo tome una decisión acelerada porque el tiempo que lleva resolver su queja podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para pedir una revisión acelerada, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). En un plazo de 72 horas a partir de que recibamos su queja, tomaremos una decisión sobre cómo manejaremos su queja y si la aceleraremos. Si nosotros o Health Plan of San Mateo determinamos que no aceleraremos su queja, le informaremos que resolveremos su queja dentro de un plazo de 30 días.

Apelaciones

Una apelación es distinta de una queja. Una apelación es una solicitud para que Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo revise y modifique una decisión que tomamos sobre una cobertura para un servicio solicitado. Si le enviamos una Notificación de acción (Notice of Action, “NOA”) que le informa que denegamos, demoramos, cambiamos o cancelamos un servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, podrá presentar una apelación. Su PCP u otro proveedor también puede presentar una apelación por usted, con su permiso escrito.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha en la que recibió la NOA. Si decidimos reducir, suspender o detener alguno de los servicios que está recibiendo ahora, puede continuar recibiendo esos servicios mientras espera que se resuelva su apelación. A esto se le conoce como ayuda pagada mientras espera. Para recibir ayuda pagada mientras espera, debe solicitarnos una apelación en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha que aparece en la NOA o antes de la fecha que le dijimos que suspenderíamos sus servicios, lo que ocurra después. Cuando usted solicita una apelación bajo dichas circunstancias, los servicios continuarán. Es

posible que se le solicite que pague el costo de los servicios si la decisión final deniega o cambia un servicio.

Si su apelación está relacionada con el Programa Whole Child Model o los servicios dentales, comuníquese directamente con Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m.

Si desea apelar una decisión que Medi-Cal Rx tomó, puede solicitar una Audiencia Estatal. El Departamento de Servicios Sociales de California tiene un proceso de Audiencia Estatal si desea apelar una decisión de Medi-Cal Rx. Este proceso es diferente del proceso de apelaciones que usa para sus otros beneficios. En una Audiencia Estatal, un juez revisa su solicitud con información médica de los farmacéuticos del DHCS para asegurarse de que la decisión cumpla con la política de las farmacias de Medi-Cal.

Para todos los demás problemas, puede presentar una apelación a través de Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo en cualquier momento por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- **Por teléfono:**
  - Llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-464-4000** (TTY **711**) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos). Deberá proporcionarnos su número de historia clínica, nombre y el servicio que está apelando.
  - Llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), los viernes, de 9:30 a. m. a 6 p. m. Proporcione su número de identificación de Health Plan of San Mateo, su nombre, y los servicios que está apelando. Le enviarán un formulario para que complete y confirme que solicitó una apelación.
- **Por correo:**
  - Llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **1-800-464-4000** (TTY **711**) y pídanos que le enviemos un formulario. En el consultorio de su médico también tendrán formularios de apelación disponibles. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de historia clínica y los servicios que está apelando. Envíe por correo el formulario a la oficina de Servicio a los Miembros en un centro de atención del plan de Kaiser Permanente (consulte los centros de atención en **kp.org/facilities** [haga clic en “Español”]).
  - Llame a Servicio a los Miembros de Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**), y pida que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación de Health Plan of San Mateo, y el servicio que está apelando. Envíe el formulario a:

Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100 South
South San Francisco, CA 94080

- **En persona:**
  - ♦ Llene un formulario de apelación en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un Centro de Atención del Plan.
- **En línea:**
  - ♦ Use el formulario en línea que se encuentra en nuestro sitio web en **kp.org/espanol.**
  - ♦ Visite el sitio web de Health Plan of San Mateo en **www.hpsm.org** (en inglés).

Si necesita apoyo para llenar su apelación o con la ayuda pagada mientras espera, podemos ayudarle. Ofrecemos servicios de idiomas sin costo. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). También puede obtener ayuda de Health Plan of San Mateo llamando al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). También pueden brindarle servicios lingüísticos sin ningún costo.

Si presenta su apelación ante Health Plan of San Mateo, trabajarán con usted y Kaiser Permanente en su apelación. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de Health Plan of San Mateo, llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**).

En un plazo de 5 días contados a partir de que recibamos su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le informaremos nuestra decisión de la apelación y le enviaremos una carta de Notificación de la resolución de la apelación (Notice of Appeal Resolution, “NAR”). Si presentó su apelación ante Health Plan of San Mateo, le responderán dentro de los mismos plazos. Si no le comunicamos nuestra decisión de su apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una Audiencia Estatal y una Revisión Médica Independiente. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva.

Si usted o su médico desean que Kaiser Permanente o Health Plan of San Mateo tomen una decisión acelerada porque el tiempo que lleva resolver su apelación podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para pedir una revisión acelerada, llame al **1-800-464-4000** (TTY **711**). o llame a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). Nosotros o Health Plan of San Mateo tomarán una decisión en un plazo de 72 horas a partir de que recibamos su apelación sobre si aceleraremos su apelación.

Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación

Si presentó una apelación y recibió una carta de nosotros o Health Plan of San Mateo donde le indicamos que no cambiamos nuestra decisión, o nunca recibió la carta sobre nuestra decisión y ya pasaron 30 días, puede hacer lo siguiente:

- Solicite una **Audiencia Estatal** del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, “CDSS”) y un juez revisará su caso.
- Presente un formulario de Revisión Médica Independiente/queja con el Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”) para que nuestra decisión se someta a revisión o pida una **Revisión Médica Independiente** (“IMR”) del DMHC. Durante la IMR del DMHC, un médico externo que no forma parte de Kaiser Permanente revisará su caso. El número de teléfono sin costo del DMHC es (**1-888-466-2219**) y la línea TTY para las personas con deficiencias auditivas o del habla es (**1-877-688-9891**). Puede encontrar el formulario de Revisión Médica Independiente o quejas y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC en **www.dmhc.ca.gov** (en inglés).

Usted no tendrá que pagar la Audiencia Estatal ni la IMR.

Usted tiene derecho a una Audiencia Estatal y a una IMR. Sin embargo, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva. Las decisiones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de IMR.

Las secciones a continuación le ofrecen más información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal o una IMR.

Kaiser Permanente no maneja las quejas ni apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Usted puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx si llama al **800-977-2273** (TTY **800-977-2273 y presione 5** o **711**). Sin embargo, las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una Revisión Médica Independiente. Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una Audiencia Estatal.

Nota: Los artículos y servicios que recibe del programa Community Supports no califican para IMR.

Quejas y Revisiones Médicas Independientes (“IMR”) con el Departamento de Atención Médica Administrada

Una IMR es cuando un revisor externo, no relacionado con el plan de salud, revisa su caso. Si desea una IMR, primero deberá presentar una apelación ante nosotros. Si no nos comunicamos con usted en un plazo de 30 días calendario o si no está conforme con nuestra decisión, podrá solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR en un plazo de 6 meses contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Solo tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal por lo que si quiere una IMR y una Audiencia Estatal, presente su queja tan pronto como pueda. Recuerde, si primero solicita una Audiencia Estatal y la misma se lleva a cabo, después no podrá solicitar una IMR. En este caso, la decisión de la Audiencia Estatal será la definitiva.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato, sin presentar primero una apelación. Esto ocurre en los casos donde su problema de salud es urgente o la solicitud se denegó porque se considera que el tratamiento estaba en una etapa experimental o de investigación.

Si su queja al DMHC no califica para una IMR, el DMHC revisará, de todas maneras, su queja para asegurarse de que tomamos la decisión correcta sobre su apelación por nuestra negación de los servicios. Tenemos que cumplir con las IMR del DMHC y revisar las decisiones.

En el siguiente párrafo, encontrará información sobre cómo solicitar una IMR. Tenga en cuenta que el término “queja formal” se refiere tanto a las “quejas” como a las “apelaciones”.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal sobre su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1-800-464-4000** (TTY **711**) y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El seguimiento de este procedimiento de quejas formales no anula ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja formal que ha permanecido sin resolverse durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (“IMR”). En este caso, el proceso de la IMR ofrecerá una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos que son experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia.

El departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con deficiencias auditivas o del habla. En el sitio web del departamento **http://www.dmhc.ca.gov** (en inglés), encontrará formularios de queja, formularios de solicitud para IMR e instrucciones en línea.

Audiencias Estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales de California ("CDSS"). Un juez ayudará a resolver su problema. Tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal solo si ya presentó una apelación ante Kaiser Permanente y todavía no está satisfecho con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 120 días calendario contados a partir de la fecha de la notificación sobre la decisión de la apelación. Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal por usted con su permiso por escrito. Sin embargo, si le proporcionamos ayuda pagada mientras espera durante su apelación, y desea que continúe hasta que haya una decisión en su Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 10 días a partir de la fecha de nuestra carta de Notificación de los derechos de apelación (Notice of Appeal Rights, "NAR"), o antes de la fecha que le dijimos que suspenderíamos sus servicios, lo que ocurra después. Si necesita ayuda para asegurarse de que continuará la ayuda pagada mientras espera hasta que se tome una decisión final en su Audiencia Estatal, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal por usted con su permiso por escrito.

En ocasiones, puede pedir una Audiencia Estatal sin completar nuestro proceso de apelación. Por ejemplo, puede solicitar una Audiencia Estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación si no le notificamos correctamente o a tiempo sobre nuestros servicios. Esto se conoce como agotamiento de opciones consideradas. Aquí hay algunos ejemplos de agotamiento de opciones consideradas:

- No pusimos a su disposición una Notificación de acción ("NOA") en el idioma de su preferencia.
- Cometimos un error que afecta cualquiera de sus derechos.
- No le entregamos una carta de NOA.
- Cometimos un error en nuestra carta de NAR.
- No decidimos su apelación en un plazo de 30 días.
- Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar la Audiencia Estatal por teléfono o por correo postal:

- **Por teléfono:** Llame a la Unidad de Respuesta para el Público del CDSS al **1-800-952-5253** (TTY **1-800-952-8349**).
- **Por correo:** Llene el formulario proporcionado en su aviso de decisión de la apelación. Envíelo a la siguiente dirección:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, MS 09-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, podemos ayudarle. Ofrecemos servicios de idiomas sin costo. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

En la audiencia, usted dará su opinión y nosotros daremos la nuestra. Puede tardar unos 90 días hasta que el juez dictamine sobre su caso. Debemos cumplir con lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión acelerada porque el tiempo que lleva una Audiencia Estatal podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar, usted o su PCP pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una Audiencia Estatal acelerada (rápida). El CDSS debe tomar una decisión en un plazo de 3 días hábiles después de que reciba su expediente de caso completo de Kaiser Permanente y Health Plan of San Mateo.

Fraude, despilfarro y abuso

Si usted sospecha que un proveedor o una persona con Medi-Cal cometió fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a reportarlo llamando a la línea gratuita confidencial **1-800-822-6222** o presentando una queja en línea en **https://www.dhcs.ca.gov** (en inglés).

El fraude, despilfarro y abuso de un proveedor incluyen los siguientes:

- Falsificación de historias clínicas.
- Recetar más medicamentos de los Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Brindar más servicios de atención para la salud de los Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Facturar servicios que no se brindaron.
- Cobrar por servicios profesionales cuando el profesional no brindó el servicio.
- Ofrecer artículos y servicios sin cargo o con descuento a los miembros con la intención de influir en la selección del proveedor por parte del miembro.

- Cambiar al médico de atención primaria del miembro sin su conocimiento.

El fraude, despilfarro y abuso de una persona que recibe beneficios incluye, entre otros:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan de salud o una tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, “BIC”) de Medi-Cal a otra persona.
- Recibir tratamientos similares o los mismos, o medicamentos de más de un proveedor.
- Ir a una sala de emergencias cuando no se trata de una emergencia.
- Usar el número de Seguro Social o de identificación del plan de salud de otra persona.
- Trasladarse en Transporte Médico o Transporte No Médico para servicios que no están relacionados con la atención médica o para servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, o cuando no tiene una cita médica ni medicamentos recetados para recoger.

Para reportar un fraude, despilfarro y abuso, escriba el nombre, dirección y número de identificación de la persona que cometió el fraude, despilfarro o abuso. Dé tanta información como pueda sobre la persona, el número de teléfono o la especialidad, si es un proveedor. Dé las fechas de los eventos y un resumen de lo que pasó exactamente.

Si nota posibles signos de mala conducta, comuníquese con 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 (cerrado los días festivos).

Arbitraje Obligatorio

El arbitraje obligatorio es una manera de resolver problemas por medio de un tercero neutral. Este tercero escucha a ambas partes del problema y toma una decisión que ambas partes deben aceptar. Ambas partes renuncian al derecho de apelar a un juicio por jurado o por tribunal. Recurriremos al arbitraje obligatorio para definir reclamaciones que presentamos antes de la fecha de vigencia de esta Guía para Miembros. El uso de arbitraje obligatorio para estas reclamaciones pasadas solo es obligatorio para nosotros.

Alcance del Arbitraje

Debe recurrir al arbitraje obligatorio si la reclamación se relaciona con esta Guía para Miembros o con su membresía con nosotros, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- La reclamación se refiere a lo siguiente:
  - ♦ negligencia profesional (una queja de que los servicios o artículos médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron o entregaron de manera indebida, negligente o incompetente);
  - ♦ prestación de servicios o artículos, o
  - ♦ responsabilidad civil de las instalaciones.
- La reclamación puede ser:
  - ♦ de su parte contra nosotros, o
  - ♦ de nuestra parte contra usted.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver la reclamación.
- La reclamación no puede resolverse a través de un Tribunal para Reclamaciones Menores.

Recuerde:

- No tiene que recurrir al arbitraje obligatorio para reclamaciones que puedan resolverse por medio de una Audiencia Estatal.
- No puede recurrir al arbitraje obligatorio si ha recibido una decisión sobre la reclamación por medio de una Audiencia Estatal.

Solamente en esta sección “Arbitraje Obligatorio”, “usted” significa la parte que solicita el arbitraje obligatorio:

- usted (un Miembro)
- sus herederos, familiares o la persona que usted designe para representarlo
- alguien que reclame que existe una obligación pendiente para esa persona a causa de la relación de usted con nosotros

Solamente en esta sección “Arbitraje Obligatorio”, “nosotros” significa la parte contra la que se presenta la reclamación:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (“KFHP”)
- Kaiser Foundation Hospitals (“KFH”)
- Southern California Permanente Medical Group (“SCPMG”)
- The Permanente Medical Group, Inc. (“TPMG”)
- The Permanente Federation, LLC
- The Permanente Company, LLC
- cualquier médico de SCPMG o de TPMG

- cualquier persona u organización con un contrato con alguna de estas partes que requiera el uso del arbitraje obligatorio
- cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas

Reglas de Procedimiento

Los arbitrajes obligatorios se llevan a cabo mediante las Reglas de Procedimiento:

- La Oficina del Administrador Independiente desarrolló las Reglas de Procedimiento con el aporte de Kaiser Permanente y del Comité Consultivo de Arbitraje.
- Puede solicitar una copia de las Reglas de Procedimiento a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Cómo Solicitar un Arbitraje

Para solicitar un arbitraje obligatorio, debe presentar una solicitud formal (una Petición de Arbitraje) que incluye:

- Su descripción de la reclamación contra nosotros.
- La cantidad por daños que solicita.
- Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de todas las partes que presentan la reclamación. Si alguna de estas partes tiene un abogado, debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado.
- Los nombres de las partes contra las cuales está presentando la reclamación.

Todas las reclamaciones que surjan del mismo incidente deben incluirse en una única solicitud.

Presentación de Peticiones de Arbitraje

Si presenta una reclamación contra KFHP, KFH, SCPMG, TPMG, The Permanente Federation, LLC o The Permanente Company, LLC debe enviar la Petición de Arbitraje a:

Kaiser Permanente
Legal Department
1950 Franklin St., 17th Floor
Oakland, CA 94612

Si presenta una reclamación contra cualquier otro tercero, debe notificarlo según lo exige el Procedimiento del Código Civil de California para una acción civil.

Nos consideramos notificados cuando recibimos la Petición de Arbitraje.

Cuota por Presentación

El costo del arbitraje obligatorio incluye una cuota por presentación de $150 que se condonará si usted no puede pagar su parte de los costos.

La cuota por presentación se paga a la “Cuenta de Arbitraje” y es la misma cantidad, independientemente del número de reclamaciones que incluya su solicitud o del número de partes mencionadas. La cuota por presentación no es reembolsable.

Si no puede pagar su parte de los costos del arbitraje obligatorio, puede pedir a la Oficina del Administrador Independiente que lo dispense de ellos. Para solicitarlo, debe llenar y enviar un Formulario de exención de cuota a:

- la Oficina del Administrador Independiente, y
- las partes contra las cuales está presentando la reclamación.

El Formulario de exención de cuota:

- Le informa cómo decide el administrador independiente si dispensar o no las cuotas.
- Le explica qué cuotas pueden dispensarse.

Puede solicitar una copia del Formulario de exención de cuota a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Número de Árbitros

Algunos casos se definen mediante un árbitro que aceptan ambas partes (un árbitro imparcial). En otros casos, puede haber más de un árbitro. La cantidad de árbitros puede afectar que paguemos el costo del árbitro imparcial.

Los casos que solicitan hasta $200,000 en daños se presentan ante un árbitro. El árbitro debe permanecer neutral. Ambas partes pueden acordar que tres árbitros decidan el caso. El acuerdo para más de un árbitro debe hacerse después de que se haya presentado la demanda de arbitraje. Cuando hay tres árbitros, uno representa cada lado y el tercero es neutral. Los árbitros no pueden otorgar más de $200,000.

Los casos que solicitan más de $200,000 en daños se presentan ante tres árbitros. Cuando hay tres árbitros, hay uno para cada lado en la disputa y un tercer árbitro neutral. Cualquiera de las partes puede renunciar a su derecho a que un árbitro la represente. Ambas partes en una disputa pueden acordar que el caso sea escuchado por un solo árbitro neutral. El acuerdo para un solo árbitro neutral debe hacerse después de que se haya presentado la demanda de arbitraje.

Honorarios y Gastos de los Árbitros

No puede solicitar un arbitraje vinculante si la reclamación no cumple con el plazo de prescripción para esa reclamación en una acción civil. Para averiguar cuándo pagaremos los honorarios, consulte las Reglas de Procedimiento. Puede solicitar una copia de las Reglas de Procedimiento a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). En todos los demás casos, los honorarios se comparten por igual entre ambas partes. Si las partes seleccionan árbitros representantes, cada parte paga los honorarios de su árbitro representante.

Costos

Excepto como se estipuló antes y de conformidad con la ley, cada parte debe pagar sus propios costos del arbitraje obligatorio, independientemente del resultado, como honorarios de abogados, testigos y otros costos.

Disposiciones Generales

No puede solicitar un arbitraje obligatorio si la reclamación no cumple con el plazo de prescripción para esa reclamación en una acción civil.

Se desestimará su reclamación en alguno de los siguientes casos:

- Usted no ha tomado medidas con la diligencia razonable de acuerdo con las Reglas de Procedimiento.
- La audiencia no se ha efectuado y han pasado más de cinco años desde la primera de las siguientes fechas:
    - ♦ La fecha en que presentó la petición de arbitraje.
    - ♦ La fecha en que inició una acción civil en relación con el mismo incidente.

Es posible que el árbitro imparcial desestime una reclamación por otras razones. Para que esto ocurra debe demostrarse un fundamento justificado.

Si una de las partes no se presenta a la audiencia, el árbitro imparcial puede decidir el caso en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California (California Medical Injury Compensation Reform Act) y sus enmiendas se aplican a todas las reclamaciones que permite la ley, como:

- El derecho a presentar evidencia de un pago de seguro o beneficio por discapacidad que haya recibido.
- Límites a la cantidad de dinero que puede recuperar por pérdidas no económicas.

- El derecho a que se hagan pagos periódicos de una asignación por daños futuros.

Los arbitrajes están sujetos a esta sección de “Arbitraje Obligatorio”. Estas normas también rigen en tanto no se contrapongan con esta sección:

- sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje (Federal Arbitration Act)
- el Código de Procedimientos Civiles de California
- las Reglas de Procedimiento

7. Derechos y responsabilidades

Como Miembro de Kaiser Permanente, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explicará tales derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye las notificaciones legales a las que tiene derecho como Miembro de Kaiser Permanente.

Sus derechos

Estos son sus derechos como Miembro de Kaiser Permanente:

- Recibir un trato respetuoso y digno, con la debida consideración a su derecho de privacidad y necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir la información sobre el plan y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los Proveedores de la Red y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Elegir un proveedor de atención primaria dentro de nuestra red.
- Tener acceso oportuno a los Proveedores de la Red.
- Participar en decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rehusar el tratamiento.
- Conocer los nombres de las personas que lo atienden y la clase de capacitación que tienen.
- Recibir atención en un lugar que sea seguro, limpio y accesible.
- Obtener una segunda opinión de un médico de la red en cualquier momento.
- Dar a conocer sus quejas formales, tanto en forma verbal como por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Obtener coordinación para la atención.
- Solicitar una apelación para las decisiones de denegar, diferir o limitar los servicios o los beneficios.

- Obtener servicios de interpretación en su idioma sin costo.
- Recibir ayuda legal sin cargo en su oficina de ayuda legal local u otros grupos.
- Formular instrucciones por anticipado para la atención médica.
- Solicitar Audiencias Estatales en caso de que se le niegue un servicio o beneficio. Puede solicitar una Audiencia Estatal si ya presentó una apelación con nosotros y no está satisfecho con la decisión. Puede también solicitar una Audiencia Estatal si no obtiene una decisión dentro de los 30 días posteriores a la apelación que presentó con nosotros. Esto incluye información sobre las circunstancias en las que se podría realizar una audiencia acelerada.
- Tener acceso, cuando sea legalmente adecuado, a recibir copias de su historia clínica, modificarla o corregirla.
- Tener acceso a los servicios con Consentimiento del Menor.
- Obtener información escrita para miembros sin costo en otros formatos, como braille, impresión con letras grandes, audio y formatos electrónicos accesibles, a solicitud y de manera oportuna según el formato que se solicite, y de acuerdo con la Sección 14182 (b)(12) del Código de Asistencia Social e Instituciones.
- Estar libre de todo tipo de restricción o aislamiento que se use como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Discutir honestamente la información y analizar las opciones de tratamiento y las alternativas disponibles, y que estas se presenten de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión.
- Obtener una copia de su historia clínica y pedir que se modifique o corrija conforme a lo especificado en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, “CFR”), Secciones 164.524 y 164.526.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar adversamente cómo lo tratan en Kaiser Permanente, los proveedores o el Estado.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, Centros de Partos Independientes, Centros de Salud con Calificación Federal, Proveedores de Atención Médica para Personas Indígenas, servicios de parteras, Centros de Salud Rural, servicios para infecciones de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de nuestra red, de conformidad con la ley federal.

Sus responsabilidades

Los Miembros de Kaiser Permanente tienen las siguientes responsabilidades:

- Leer esta Guía para Miembros para saber qué cobertura tiene y cómo obtener servicios.
- Usar sus tarjetas de identificación correctamente. Llevar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, una identificación con fotografía y su tarjeta de identificación de Medi-Cal cuando acuda para recibir atención.
- Asistir a sus citas.
- Informar a su proveedor de atención primaria (primary care provider, “PCP”) acerca de su salud y sus antecedentes de salud.
- Seguir el plan de atención que hayan acordado usted y su PCP.
- Reconocer el efecto que su estilo de vida tiene en su salud.
- Ser considerado con los médicos de la red, otros miembros del personal de atención médica y con los Miembros.
- Pagar los servicios que no tengan cobertura de Medi-Cal.
- Resolver los problemas como se describe en esta Guía para Miembros.
- Informarnos si lo ingresan en un hospital que no pertenezca a la red.

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/facilities** [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (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).

Formas de involucrarse como Miembro

Health Plan of San Mateo quiere conocer su opinión. Realizan reuniones para hablar sobre lo que funciona bien y cómo podemos mejorar. Se invita a los Miembros a participar. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor del Consumidor

Health Plan of San Mateo ("HPSM") tiene un grupo llamado Comité Asesor del Consumidor. Ese grupo está compuesto de miembros de HPSM, defensores de la comunidad y personal de las agencias que trabajan con los miembros de HPSM. El Comité Asesor del Consumidor se reúne cuatro veces al año. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de SCFHP y es responsable de:

- Brindar consejos al personal de HPSM sobre cómo mejorar la calidad de los servicios y atención.

Si desea formar parte del grupo, llame al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**.

Aviso sobre prácticas de privacidad

SI LO SOLICITA, PUEDE OBTENER UN EJEMPLAR DE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE KAISER PERMANENTE.

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, "PHI"). También se exige a todos los proveedores contratados que protejan la privacidad de su PHI. Su PHI es la información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención para la salud que recibe o los pagos por esta atención, a través de la cual se le pueda identificar individualmente.

Generalmente, podrá ver y obtener copias de su PHI, corregir errores o actualizar su PHI y pedirnos una lista de ciertas revelaciones de su PHI. Puede pedir que le entreguen las comunicaciones confidenciales a otro lugar que no sea su dirección de correo habitual o por otro medio de entrega que no sea el habitual.

Podemos usar o dejar que otros vean su PHI para el cuidado, la investigación médica, el pago u operaciones de atención de la salud, como para la investigación o la medición de la calidad de la atención y los servicios. Además, por ley, es posible que tengamos que proporcionar su PHI al gobierno o en procesos legales.

No usaremos ni revelaremos su PHI por ningún otro motivo sin su autorización por escrito (o de alguna persona que usted nombre para representarlo) excepto como se indica

en nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad (consulte a continuación) y según las normas de privacidad de Medi-Cal. No tiene que autorizar este otro uso de su PHI.

Si se entera de que alguien utiliza indebidamente su información, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**) o al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al **1-866-866-0602** Opción 1 (TTY **1-877-735-2929**). También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California a **privacyofficer@dhcs.ca.gov**.

Esto es solo un resumen breve de algunas de nuestras prácticas de privacidad más importantes. NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, QUE OFRECE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA PHI, ESTÁ A SU DISPOSICIÓN SI LO SOLICITA. Para obtener una copia, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Puede acudir a un centro de atención de Kaiser Permanente o descargarla en línea en **kp.org/espanol**.

Aviso sobre la legislación

Se aplican muchas leyes a esta Guía para Miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyeron ni se explican en esta Guía para Miembros. Las principales leyes que se aplican a esta Guía para Miembros son las leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. Podrían aplicarse también otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otra cobertura de salud y recuperación de daños

A veces, alguien más debe pagar primero por los servicios que Kaiser Permanente le brinda o consigue para usted. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, primero tienen que pagar el seguro o la Compensación del Trabajador.

El Departamento de Servicios de Atención para la Salud de California tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medi-Cal para los que Medi-Cal no es el primer pagador.

El programa Medi-Cal cumple con la legislación y las regulaciones federales sobre la responsabilidad legal de terceros para los servicios de atención para la salud a los beneficiarios. Kaiser Permanente tomará todas las medidas razonables para asegurarse de que el programa Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Debe informarnos si reúne los requisitos para recibir Medicare. Es posible que el programa de Medicare tenga que pagar ciertos servicios que usted reciba de nosotros. Medi-Cal siempre paga en último lugar.

Los miembros de Medi-Cal también pueden tener otra cobertura de salud (Other Health Coverage, "OHC") sin costo. Por ley, los miembros deben agotar todos los servicios proporcionados por la OHC antes de utilizar los servicios a través de Medi-Cal. Si no solicita o mantiene OHC sin costo o pagada por el estado, se denegarán o suspenderán sus beneficios o elegibilidad de Medi-Cal. Las leyes estatales y federales requieren que los miembros de Medi-Cal informen al seguro médico privado. Para informar o cambiar de seguro médico privado, vaya a **http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal** (en inglés). También puede llamar a Health Plan of San Mateo al **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**). O llame al DHCS al **1-800-541-5555** (TTY **1-800-430-7077** o **711**). Fuera de California, llame al **1-916-636-1980**. Si no informa los cambios a su OHC de inmediato y, debido a esto, recibe beneficios de Medi-Cal para los que no es elegible, es posible que deba reembolsar al DHCS.

Si se lesiona y otra persona es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificar al DHCS en un plazo de 30 días tras presentar una acción legal o una reclamación. Envíe su notificación en línea:

- Personal Injury Program en **http://dhcs.ca.gov/PI** (en inglés).
- Workers Compensation Recovery Program en **http://dhcs.ca.gov/WC** (en inglés).

Para obtener más información, llame al **1-916-445-9891**.

Aviso sobre recuperación por medio de herencia

El programa Medi-Cal debe buscar el reembolso de los bienes de ciertos Miembros de Medi-Cal fallecidos por los pagos realizados, incluidas las primas de atención médica administrada, los servicios de centros de enfermería, los servicios basados en el hogar y la comunidad, y los servicios relacionados con el hospital y los medicamentos recetados prestados a miembros de Medi-Cal fallecidos en o después del cumpleaños 55 del miembro. Si un miembro fallecido no deja una herencia o no posee nada cuando muere, no se deberá nada.

Para obtener más información sobre la recuperación por medio de herencia, llame al **(916) 650-0590** o consulte en línea en **http://dhcs.ca.gov/er** (en inglés). También puede obtener asesoría legal.

Notificación de Acción

Kaiser Permanente le enviará una Notificación de acción (Notice of Action, “NOA”) en cualquier momento que rechacemos, demoremos, finalicemos o modifiquemos una solicitud de servicios de atención para la salud. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Consulte la sección Apelaciones en el capítulo 6 para revisar la información importante al llenar su Apelación. Cuando le enviemos una NOA, se le informarán todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con la decisión que tomamos.

Aviso sobre circunstancias inusuales

Si sucede algo que limite nuestra capacidad para proporcionarle y organizar la atención, como un desastre importante, haremos nuestro mejor esfuerzo por ofrecerle la atención que necesita con los Proveedores de la Red y las instalaciones de la red que estén disponibles. Si tiene una condición médica de emergencia, acuda al hospital más cercano. Tiene cobertura para los servicios de emergencia como se describe en la sección “Servicios de emergencia”.

Aviso sobre la administración de sus beneficios

Debe llenar todos los formularios que le pedimos en el desempeño de nuestras actividades. Además, podemos crear normas (políticas y procedimientos) para proporcionarle mejores servicios.

Si hacemos una excepción a los términos de esta Guía para Miembros para usted o para otra persona, no tenemos que volver a hacerlo por usted o por otra persona en el futuro.

Si no exigimos el cumplimiento de alguna parte de esta Guía para Miembros, no implica que renunciamos a los términos de esta Guía para Miembros. Tenemos derecho a hacer cumplir los términos de esta Guía para Miembros en cualquier momento.

Aviso sobre cambios a esta Guía para Miembros

Nosotros, con la aprobación de Health Plan of San Mateo, en cualquier momento podemos hacer cambios a esta Guía para Miembros. Le informaremos por escrito y con 30 días de anticipación sobre cualquier cambio que se realice.

Aviso sobre honorarios y costos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre usted y nosotros, The Permanente Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, cada parte pagará sus propios honorarios y costos. Esto incluye los honorarios de abogados y defensores.

Aviso sobre la obligatoriedad de esta Guía para Miembros para los Miembros

Cuando usted elige que se le asigne a Kaiser Permanente a través de Health Plan of San Mateo, los términos de esta Guía para Miembros son obligatorios para usted.

Aviso de que Health Plan of San Mateo no es nuestro agente

Health Plan of San Mateo no es un agente ni representante de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Avisos sobre su cobertura

Podemos enviarle actualizaciones sobre su cobertura de atención médica. Las enviaremos a la dirección más reciente que tengamos de usted. Si cambia de residencia o tiene una nueva dirección, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para actualizar la información lo antes posible al **1-800-464-4000** (TTY **711**). Además, notifíquele su nueva dirección al evaluador de elegibilidad del condado y a Health Plan of San Mateo.

8. Números importantes y palabras clave

Números de teléfono importantes

- Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente:
  - ♦ Español **1-800-788-0616**
  - ♦ Inglés **1-800-464-4000**
    (y más de 150 idiomas que usan los servicios de interpretación)
  - ♦ Dialectos chinos **1-800-757-7585**
  - ♦ TTY **711**
- Autorización para obtener atención de postestabilización **1-800-225-8883** (TTY **711**)
- Citas y consejos de Kaiser Permanente **1-866-454-8855** (TTY **711**)
- Health Plan of San Mateo **1-800-750-4776** (TTY **711 o 1-800-735-2929**)
- Medi-Cal Rx **1-800-977-2273** (TTY **711**)

Palabras clave

Administrador de caso: Enfermeros registrados, enfermeros vocacionales certificados, trabajadores sociales u otro personal designado que pueden ayudarle a entender problemas importantes de salud y coordinar la atención con sus proveedores.

Afiliado: Una persona que es Miembro de un plan de salud y que recibe servicios a través del plan.

Agudo: Una afección médica repentina que requiere atención médica inmediata y que no dura mucho tiempo.

Aparato ortopédico: Un dispositivo utilizado como apoyo o corrección unido de forma externa al cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo muy lesionada o enferma y que es Necesario desde el Punto de Vista Médico para la recuperación médica del Miembro.

Aparato protésico: Un dispositivo artificial unido al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

Apelación: Una solicitud de un Miembro para que Kaiser Permanente revise y modifique una decisión tomada sobre una cobertura para un servicio solicitado.

Aprobación previa (o autorización previa): Su PCP debe recibir una aprobación de The Permanente Medical Group antes de que usted reciba determinados servicios. The Permanente Medical Group solo aprobará los servicios que necesita. No aprobarán servicios brindados por proveedores no participantes si consideran que puede obtener servicios comparables o más apropiados a través de proveedores de Kaiser Permanente. Una referencia no es una aprobación. Debe obtener la aprobación de The Permanente Medical Group.

Arbitraje obligatorio: Es una manera de resolver problemas por medio de un tercero neutral. En los problemas que se resuelven por medio de un arbitraje obligatorio, un tercero escucha a ambas partes del problema y toma una decisión que ambas partes deben aceptar. Ambas partes renuncian al derecho de apelar a un juicio por jurado o por tribunal.

Atención a largo plazo: Atención en un centro de atención durante un plazo mayor que el mes de admisión más el próximo mes.

Atención a pacientes ambulatorios: Cuando no debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención a pacientes ambulatorios en un hospital: Atención médica o quirúrgica realizada en un hospital sin que lo ingresen como paciente hospitalizado.

Atención de Emergencia: Un examen realizado por un médico (o personal bajo la dirección de un médico, según lo permita la ley) para saber si existe una condición médica de emergencia. Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico requeridos para estabilizarlo clínicamente según las capacidades de la instalación.

Atención de enfermería especializada: Servicios cubiertos brindados por enfermeros con licencia, técnicos o terapeutas durante su estadía en un Centro de Enfermería Especializada o el domicilio de un Miembro.

Atención de seguimiento: Atención médica regular para revisar el progreso de un paciente después de una hospitalización o durante un tratamiento.

Atención de Urgencia (o servicios de urgencia): Los servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o condición que no es de emergencia y que requiere atención médica. Puede recibir Atención de Urgencia de un proveedor que no pertenece a la red, si los Proveedores de la Red no están disponibles ni accesibles temporalmente.

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Atención médica primaria: Consulte la definición de “Cuidados de rutina”.

Atención para pacientes hospitalizados: Cuando debe permanecer durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención Sensible: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (“ITS”), VIH/SIDA, agresión sexual y abortos.

Beneficios: Servicios de atención para la salud y medicamentos cubiertos según este plan de salud.

California Children’s Services (“CCS”): Un programa de Medi-Cal que brinda servicios para niños de hasta 21 años con ciertas enfermedades y problemas de salud.

California Health and Disability Prevention (“CHDP”): Un programa de salud pública que reembolsa a los proveedores de atención médica públicos y privados por las evaluaciones de salud tempranas para detectar o prevenir enfermedades y discapacidades en niños y jóvenes. El programa ayuda a niños y jóvenes que califican a tener acceso a una atención médica regular. Su proveedor de atención primaria (primary care provider, “PCP”) puede brindarle servicios del CHDP.

Centro de enfermería especializada: Un lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas del día que solo pueden brindar profesionales de la salud capacitados.

Centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, “FQHC”): Un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Centro del Plan: Cualquier centro de atención que aparezca en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español") que sea parte de nuestra red. Los Centros del Plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Centros de Atención del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Centros de Partos Independientes (Freestanding Birth Centers, "FBC"): Centros de salud donde se planea que el parto ocurra fuera de la residencia de la mujer embarazada, que cuenten con una licencia o estén de otra manera aprobados por el estado para proporcionar atención prenatal, de parto o posparto y otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros de atención no son hospitales.

Cirugía reconstructiva: Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo a fin de mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica: Un centro de atención que pueden elegir los Miembros como médico de cabecera ("PCP"). También puede ser un Centro de Salud con Calificación Federal ("FQHC"), una clínica comunitaria, una Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, "RHC"), una Clínica de Salud para la Población Indígena u otro centro de atención primaria.

Clínica de Salud para la Población Indígena (Indian Health Clinic, "IHC"): Una clínica operada por el Servicio de Salud para la Población Indígena (Indian Health Service, "IHS") o por una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana.

Clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, "RHC"): Un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede obtener atención primaria y preventiva en una RHC.

Cobertura de medicamentos recetados: Cobertura para medicamentos recetados por un proveedor.

Condición crónica: Una enfermedad u otro problema médico que no se puede curar por completo o que empeora con el tiempo, o para la que debe recibir tratamiento a fin de que no empeore.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o mental con síntomas muy intensos, como un trabajo de parto activo (ver la definición proporcionada anteriormente) o dolor intenso, que una persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría considerar con prudencia que, si no recibe atención médica inmediata, podría:

- poner en riesgo su salud o la de su bebé por nacer
- causar daños a una función corporal

- causar que una parte o un órgano del cuerpo no funcionen bien

Condición médica de emergencia psiquiátrica: Un trastorno mental en donde los síntomas son agudos o con la gravedad suficiente como para que usted se convierta en un peligro inminente para sí mismo o para los demás; que no sea capaz, en un momento dado, de conseguir alimentos, resguardo o vestimenta, o que no pueda hacer uso de dichos elementos debido al trastorno mental. Los servicios de emergencia psiquiátrica pueden incluir trasladar a un Miembro a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general o a un hospital psiquiátrico agudo. Este traslado se realiza para evitar o disminuir la condición médica de emergencia psiquiátrica. Además, el proveedor tratante considera que el traslado no empeorará la condición del Miembro.

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

Continuidad de la atención: La capacidad de un Miembro de un plan de seguir recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor existente durante un periodo de hasta 12 meses sin interrumpir el servicio, si el proveedor y Kaiser Permanente están de acuerdo.

Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, "COB"): El proceso de determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene las responsabilidades de pago y tratamiento primario para los Miembros con más de un tipo de cobertura de seguro.

Copago: Un pago que usted realiza, generalmente al momento de recibir el servicio, además del pago del asegurador.

Cuidados de Rutina: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico y atención preventiva, consultas para el bienestar infantil o atención, como la atención de seguimiento de rutina. El objetivo de los Cuidados de Rutina es prevenir problemas de salud.

Cuidados paliativos: Atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un Miembro con una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de no más de 6 meses).

Cuidados para pacientes terminales: Los cuidados para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales para los Miembros con enfermedades graves. Los cuidados para pacientes terminales no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, "DMHC"): El Departamento de Atención Médica Administrada de California. Esta es la oficina del Estado que supervisa los planes de atención médica administrada.

Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, "DHCS"): El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California. Es la oficina del Estado que supervisa el programa Medi-Cal.

Directorio de Proveedores: Una lista de los proveedores que están dentro de la red de Kaiser Permanente.

Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment ("EPSDT"): Los servicios de EPSDT son un beneficio para los Miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarlos a mantenerse saludables. Los Miembros deben hacerse los exámenes médicos correctos para su edad y las pruebas de detección adecuadas para detectar problemas de salud y tratar las enfermedades en una etapa temprana, así como cualquier tratamiento para cuidar o ayudar con las afecciones que se pueden detectar en los exámenes médicos a tiempo.

Enfermedad grave: Una enfermedad o condición que debe tratarse y que puede resultar en la muerte.

Enfermedad terminal: Una condición médica que no puede revertirse y que, muy probablemente, causará la muerte en un plazo de un año o menos si la enfermedad sigue su curso natural.

Enfermera Partera Certificada (Certified Nurse Midwife, "CNM"): Una persona con licencia de Enfermera Registrada y certificada como enfermera partera por el Consejo de Enfermeros Registrados de California. Una enfermera partera certificada puede asistir a casos de parto normal.

Equipo Médico Duradero (Durable medical equipment, "DME"): Equipo que es Necesario desde el Punto de Vista Médico y que su médico u otro proveedor indica que debe usar. Nosotros decidimos si se debe alquilar o comprar un DME. Los costos de alquiler no deben ser mayores que el costo de compra. Se cubre la reparación del equipo médico.

Especialista (o médico especialista): Un médico que trata ciertas clases de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico ofrece tratamiento para huesos fracturados; un alergólogo trata alergias y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, necesitará una referencia de su PCP para ver a un especialista.

Fraude: Un acto intencional para engañar o hacer creer algo a una persona, sabiendo que dicho engaño podría resultar en un beneficio no autorizado para ella u otra persona.

Grupo Médico: The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro.

Hogar médico: Es un modelo de atención que le brindará una mejor calidad de atención médica, mejorará el autocuidado de los Miembros y reducirá costos evitables con el paso del tiempo.

Hospital: Un lugar en donde obtiene atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios de médicos y enfermeros.

Hospital del Plan: Cualquier hospital que aparezca en nuestro sitio web en **kp.org/facilities** (haga clic en "Español") que sea parte de nuestra red. Los Hospitales del Plan están sujetos a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Hospitales del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Hospital participante: Un hospital con licencia que tiene un contrato con Kaiser Permanente para brindar servicios a los Miembros cuando un Miembro recibe atención. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes pueden ofrecer a los Miembros están limitados por nuestra revisión de utilización y por políticas de control de calidad o nuestro contrato con el hospital.

Hospitalización: Admisión a un hospital para el tratamiento como paciente hospitalizado.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.: Una organización sin fines de lucro de California. En esta Guía para Miembros, "nosotros" o "nuestro" se refiere a Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals (organización sin fines de lucro de California) y The Permanente Medical Group.

Lista de Medicamentos por Contrato (Contract Drug List, "CDL"): La lista de medicamentos aprobados por Medi-Cal Rx de la cual su médico puede recetarle medicamentos que necesita.

Lista de medicamentos recetados disponibles: Es una lista de medicamentos o artículos aprobados para los Miembros que cumplen ciertos requisitos.

Medi-Cal Rx: Un servicio de beneficios de farmacia de Medi-Cal con FFS conocido como "Medi-Cal Rx" que proporciona beneficios y servicios de farmacia, incluidos medicamentos recetados y algunos suministros médicos para todos los beneficiarios de Medi-Cal Rx.

Medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles: Un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Medicamentos recetados: Un medicamento que para ser vendido legalmente requiere una receta médica de un proveedor con licencia, a diferencia de los medicamentos de venta sin receta (Over-The-Counter, “OTC”), que no requieren una receta médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón, a veces denominada enfermedad renal en fase terminal [End-Stage Renal Disease, “ESRD”]).

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea empleado de The Permanente Medical Group, o cualquier médico certificado que tenga un contrato para proporcionar servicios cubiertos a los Miembros. Los médicos que tienen contrato con nosotros solo para proporcionar servicios de referencia no se consideran Médicos del Plan.

Miembro: Cualquier beneficiario elegible de Medi-Cal asignado a Kaiser Permanente a través de Health Plan of San Mateo que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos. En esta Guía para Miembros, “usted” hace referencia al Miembro.

Nativo americano: Un individuo, definido en el Título 25 del Código de los Estados Unidos (United States Code, “U.S.C.”), secciones 1603(c), 1603(f), 1679(b), o que se ha determinado que es elegible, como indígena, de acuerdo con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, “C.F.R.”), sección 136.12 o el Título V de la Ley de Mejora de la Atención Médica para los Indígenas, para recibir servicios de atención sanitaria de proveedores de atención sanitaria para indígenas (Servicios de Salud para la Población Indígena, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana [Indian Tribe, Tribal Organization, or Urban Indian Organization, “I/T/U”]) o a través de la referencia en virtud de los Servicios de la Salud por Contrato.

Necesario desde el Punto de Vista Médico (o necesidad médica): La atención Necesaria desde el Punto de Vista Médico describe los servicios que son razonables y protegen la vida. Esta atención es necesaria para evitar que los pacientes sufran una enfermedad o discapacidad grave. Esta atención reduce el dolor intenso al tratar el problema de salud, la enfermedad o la lesión. Para los Miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es Necesaria desde el Punto de Vista Médico para corregir o ayudar a una enfermedad o condición física o mental, incluidos los trastornos por abuso de sustancias, como se establece en la Sección 1396d(r) del Título 42 del Código de Estados Unidos.

Otras coberturas a la salud (Other Health Coverage, "OHC"): Seguro médico privado y quienes paguen servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, oftalmológicos, farmacéuticos o complementarios de Medicare (Parte C y D).

Paciente existente: Un paciente que tiene una relación existente con un proveedor y ha visto a ese proveedor en una cantidad específica de tiempo establecida por el Plan.

Pago por Servicio (Fee-For-Service, "FFS"): A veces, su plan de Medi-Cal no cubre servicios, pero usted puede obtenerlos por medio de FFS de Medi-Cal, como muchos servicios de la farmacia.

Plan: Consulte la definición de "plan de Atención Médica Administrada".

Plan de atención médica administrada: Un plan de Medi-Cal que usa solo ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. Kaiser Permanente es un plan de atención médica administrada.

Proveedor calificado: Un médico calificado en el área de práctica adecuada para tratar su condición.

Proveedor de atención primaria (primary care provider, "PCP"): El proveedor con licencia que tiene para recibir la mayor parte de su atención médica. Su PCP lo ayuda a obtener la atención que necesita. Algunas necesidades de atención requieren aprobación previa, excepto las siguientes:

- Tiene una emergencia.
- Necesita atención de un obstetra/ginecólogo.
- Necesita Atención Sensible.
- Necesita servicios de planificación familiar.

Su PCP puede ser cualquiera de los siguientes:

- médico general
- médico internista
- pediatra
- médico de medicina familiar
- obstetra/ginecólogo
- proveedor de Atención Médica Indígena (Indian Health Care Provider, "IHCP")
- centro de Salud con Calificación Federal (Federally Qualified Health Center, "FQHC")

- clínica de Salud Rural (Rural Health Clinic, “RHC”)
- enfermero con práctica médica
- asistente médico
- clínica

Proveedor de la Red (o Proveedor Dentro de la Red): Consulte “Proveedor participante” más abajo.

Proveedor del Plan: Un Hospital del Plan, un Médico del Plan, The Permanente Medical Group, una Farmacia del Plan o cualquier otro proveedor de atención médica que el Plan de Salud designe como Proveedor del Plan.

Proveedor de servicios de salud mental: Personas con licencia que brindan servicios de salud mental y salud del comportamiento a pacientes.

Proveedor no participante: Un proveedor que no pertenece a la red de Kaiser Permanente.

Proveedor participante (o médico participante): Un médico, hospital u otro profesional de atención médica autorizado o un centro de atención médica autorizado, incluidos los centros médicos subagudos que tienen contrato con Kaiser Permanente para ofrecer servicios cubiertos a Miembros cuando reciben atención.

Proveedor que No Pertenece a la Red: Un proveedor que no es parte de la red de Kaiser Permanente.

Proveedores de atención médica: Médicos y especialistas, como cirujanos, médicos que tratan el cáncer o médicos que tratan partes del cuerpo en particular y que trabajan con Kaiser Permanente o están en nuestra red. Nuestros proveedores de la red deben tener una licencia para ejercer en California y brindarle un servicio que cubrimos.

Generalmente necesitará una referencia de su PCP antes de que pueda ver a un especialista. Para algunos servicios, necesita aprobación previa (autorización previa).

No necesitará una referencia de su PCP para algunas clases de servicios, como planificación familiar, atención de emergencia, atención de obstetricia/ginecología o Atención Sensible.

Proveedores de atención médica a domicilio: Proveedores que brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Queja: Una expresión escrita o verbal de un miembro acerca de su falta de conformidad sobre Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o la calidad de los servicios provistos. Una “queja” significa lo mismo que “queja formal”.

Queja formal: La expresión de falta de conformidad verbal o escrita de un Miembro en relación con Kaiser Permanente, un proveedor o la calidad de la atención o de los servicios provistos. Una queja es un ejemplo de queja formal.

Quiropráctico: Un proveedor que trata la columna mediante manipulación manual.

Red: Un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por Kaiser Permanente para brindar Servicios Cubiertos.

Referencia: Cuando su PCP indica que puede obtener atención de otro proveedor. Algunos servicios y atención cubiertos requieren una referencia y aprobación previa. Consulte el capítulo 3 (“Cómo obtener atención”) para obtener más información sobre los servicios que requieren referencias o aprobación previa.

Región: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las Regiones pueden cambiar el 1 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes del Norte de California, del Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Idaho, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de los centros de la Región, visite nuestro sitio web, **kp.org/espanol**, o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Región Base: Kaiser Foundation Health Plan, Inc. de la Región del Norte de California.

Seguro médico: La cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al asegurado por los gastos causados por una enfermedad o una lesión o que paga directamente al proveedor de la atención.

Servicio de Salud para la Población Indígena: Una agencia federal dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que es responsable de brindar servicios de salud a los nativos americanos y nativos de Alaska.

Servicio no cubierto: Un servicio que Kaiser Permanente no cubre.

Servicios Cubiertos: Los servicios de atención para la salud que se brindan a Miembros de Kaiser Permanente están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de Medi-Cal, y como se indique en esta Guía para Miembros y en cualquier otra enmienda.

Servicios de partera: Atención prenatal, intraparto y posparto, incluida la atención de planificación familiar para la madre y la atención inmediata para el recién nacido, brindada por enfermeras parteras certificadas (“CNM”) y enfermeras parteras con licencia (licensed midwives, “LM”).

Servicios de planificación familiar: Servicios para prevenir o retrasar el embarazo.

Servicios de postestabilización: Servicios que recibe después de que se estabiliza una condición médica de emergencia.

Servicios de salud mental ambulatorios: Servicios para pacientes ambulatorios para Miembros con trastornos de salud mental de leves a moderados, que incluyen los siguientes:

- evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal (psicoterapia)
- pruebas psicológicas cuando sean necesarias clínicamente para evaluar un trastorno de salud mental
- servicios a pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico
- consultas de psiquiatría
- pruebas de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Servicios de salud pública: Servicios de salud para la población en general. Estos incluyen, entre otros, análisis de situaciones médicas, supervisión médica, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades infecciosas, protección y desinfección medioambiental, preparación y respuesta ante desastres y salud ocupacional.

Servicios de un médico: Los servicios que brinda una persona con licencia según la ley estatal para practicar la medicina o la osteopatía, que no incluyen los servicios que ofrecen los médicos cuando se le ingresa en un hospital y que se cobran en la factura del hospital.

Servicios especializados de salud mental: Servicios para los miembros que necesitan servicios de salud mental que son de un nivel de deficiencia mayor a medio o moderado.

Servicios excluidos: Servicios no cubiertos por Kaiser Permanente o mediante el programa Medi-Cal de California; servicios no cubiertos.

Servicios fuera del área: Servicios mientras el miembro está fuera del área en la que Kaiser Permanente tiene licencia para operar. Para obtener más información sobre los lugares permitidos para las operaciones de Kaiser Permanente, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (TTY **711**).

Servicios para Adultos Basados en la Comunidad (Community-based adult services, "CBAS"): Servicios para pacientes ambulatorios en un centro de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personalizada, capacitación y apoyo para la familia y el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para Miembros que califican.

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria.

Servicios y dispositivos de terapia de habilitación y rehabilitación: Servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a obtener o recuperar habilidades físicas o mentales.

Sistema de Salud Organizado del Condado (County Organized Health System, "COHS"): Una agencia local creada por una junta de supervisores del condado para contratar con el programa Medi-Cal. Está automáticamente inscrito en un plan COHS si cumple con las reglas de inscripción. Los beneficiarios inscritos eligen a su proveedor de atención médica entre todos los proveedores de COHS.

Trabajo de parto activo: El período durante el cual una mujer se encuentra en una de las tres etapas de dar a luz y durante el cual no puede ser transferida de forma segura a otro hospital antes del parto, o en el que una transferencia podría dañar la salud y la seguridad de la mujer o el bebé por nacer.

Transporte Médico: Transporte cuando no puede llegar a una cita médica cubierta en auto, autobús, tren o taxi. Pagaremos el tipo de transporte de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. El Transporte Médico debe ser prescrito por un médico, dentista, podólogo, proveedor de salud mental o de trastorno por abuso de sustancias con la licencia correspondiente.

Transporte Médico de Emergencia: Transporte en una ambulancia o en un vehículo de emergencia a una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

Transporte No Médico: El transporte cuando va o vuelve de una cita para un servicio cubierto por Medi-Cal autorizado por su proveedor y cuando recoge medicamentos recetados y suministros médicos.

Tratamiento de investigación: Un medicamento, producto biológico o dispositivo para tratamiento que haya finalizado exitosamente la primera fase de una investigación clínica aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, "FDA"), pero que no ha sido aprobado para uso general por la FDA y continúa en investigación en una investigación clínica aprobada por la FDA.

Tratamiento experimental: Medicamentos, equipo, procedimientos o servicios que están en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de probarlos en humanos. Los servicios experimentales no son parte de una investigación clínica.

Triaje (o evaluación): La evaluación de su salud por un médico o enfermero capacitado para detectar y determinar la urgencia de su necesidad de atención.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
393 E.Walnut St.
Pasadena, CA 91188

824915515SmSp (01/2022)