
Parte dos del Formulario de Revelación

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

Descripción general de su cobertura

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

Presentación

En esta *Parte dos del Formulario de Revelación* se ofrece una descripción general de algunas características importantes de su membresía de Kaiser Permanente. Consulte la *Parte uno del Formulario de Revelación* para obtener un resumen de los beneficios sobre los que se pregunta con mayor frecuencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse la siguiente notificación en los documentos de formularios de revelación: **“Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un miembro de la familia necesiten: planificación familiar; servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y parto; tratamientos para la infertilidad; interrupción voluntaria del embarazo. Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto. Comuníquese con el médico que lo va a atender, con el Medical Group, la Asociación de médicos independientes o la clínica, o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para asegurarse de poder recibir los servicios de atención para la salud que necesita”**.

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

Cómo Obtener Servicios

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

- Remisiones autorizadas
- Servicios de ambulancia para emergencias
- Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área
- Cuidados paliativos
- Servicios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base

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

Servicios de Emergencia

Atención de emergencia

Si tiene una Condición Médica de Emergencia, llame al **911** (donde esté disponible) o acuda al Departamento de Emergencias del hospital más cercano. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia. Cuando tiene una condición médica de emergencia, cubrimos los servicios de emergencia que recibe de todos los proveedores (sean o no del plan) en todas partes del mundo.

Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los Hospitales del Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si un Proveedor que No Pertenece al Plan le administra Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, usted no es responsable de pagar ningún monto además del Costo Compartido de los Servicios de Emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta cobrarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo de reembolso.

Atención de Posestabilización

La Atención de Posestabilización se refiere a Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico relacionados con una Condición Médica de Emergencia que recibe en un hospital (incluido el Departamento de Emergencias) después de que su médico tratante determina que la condición se ha Estabilizado. La Atención de Posestabilización también incluyen equipo médico duradero cubierto la Atención de después de recibir el alta hospitalaria y relacionado con la misma Condición Médica de Emergencia. Cubrimos la Atención de Posestabilización de un Proveedor que No Pertenece al Plan solo si proporcionamos una autorización previa para la atención o si la ley correspondiente lo exige (“autorización previa” significa que debemos aprobar los Servicios con antelación).

Para solicitar una autorización previa, el Proveedor Fuera del Plan debe llamar al número de teléfono de notificaciones que se encuentra en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente *antes* de que usted reciba la atención. Asegúrese de pedirle al Proveedor que No Pertenece al Plan que le diga qué atención (incluido cualquier transporte) hemos autorizado, ya que no cubriremos la Atención de Posestabilización ni el transporte relacionado que no se haya autorizado. Si recibe cuidados que no hayamos autorizado de un Proveedor Fuera del Plan, es posible que usted deba pagar el costo total de dichos cuidados.

Para obtener información sobre la cobertura, las exclusiones y las limitaciones, consulte la *EOC*.

Atención de urgencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base

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

Atención de urgencia fuera del área

Si necesita Atención de Urgencia por una enfermedad imprevista, lesión o complicación imprevistas de una condición médica existente (incluido el embarazo), cubrimos los Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para prevenir el deterioro grave de su salud (o la de su bebé en gestación) que le proporcione un Proveedor Fuera del Plan si se cumple todo lo siguiente:

- Recibe los Servicios de Proveedores Fuera del Plan mientras se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio de su Región Base.
- Usted consideró razonablemente que su salud (o la del bebé en gestación) se deterioraría gravemente si retrasaba el tratamiento hasta que regresara al Área de Servicio de su Región Base.

No necesita autorización previa para la atención de urgencia fuera del área.

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

Su tarjeta de identificación

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

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

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

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

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

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

Su Médico personal del Plan

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

Obtención de una remisión

Remisiones a Proveedores del Plan

Un Médico del Plan debe remitirla antes de que pueda obtener atención de especialistas, como especialistas en cirugía, ortopedia, cardiología, oncología, dermatología, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Además, un Médico del Plan debe referirlo antes de que pueda obtener atención de Proveedores Calificados de Servicios para Tratar el Autismo cubierta según el apartado “Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista” de la EOC. Sin embargo, no necesita una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de cualquiera de los siguientes Proveedores del Plan:

- Su Médico personal del Plan.
- Médicos generales orientados en medicina interna, pediatría y medicina familiar.
- Especialistas en optometría, servicios de salud mental, tratamiento de trastorno por abuso de sustancias y obstetricia y ginecología.

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

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

- Es posible que el proveedor deba obtener autorización previa para determinados servicios de acuerdo con el “Procedimiento de autorización del Medical Group para determinadas referencias” en la sección “Cómo obtener una referencia”.
- Es posible que el proveedor deba remitirla a un especialista que tenga experiencia clínica relacionada con su enfermedad o condición.

Referencias abiertas

Si un médico del plan lo refiere a un especialista, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención continua del especialista. Por ejemplo, si tiene una condición que pone en riesgo la vida, es degenerativa o incapacitante, puede obtener una referencia abierta para un especialista, en caso de que sea necesaria atención continua por parte del especialista.

Procedimiento de autorización del Medical Group para ciertas remisiones

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

- Equipo médico duradero
- Suministros para ostomía y urología
- Servicios que no están disponibles a través de proveedores del plan
- Trasplantes

La Supervisión de Utilización de Servicios (“UM”) es un proceso que determina si un Servicio recomendado por su proveedor tratante es Necesario para usted desde el Punto de Vista Médico. La autorización previa es un proceso de UM que determina si los servicios solicitados son Necesarios desde el Punto de Vista Médico antes de que se proporcione la atención. Si son Necesarios desde el Punto de Vista Médico, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea adecuado desde el punto de vista clínico y de acuerdo con los términos de su

cobertura de salud. Para ver la lista completa de Servicios que requieren de autorización previa y los criterios que se usaron para tomar decisiones sobre autorizaciones, visite nuestro sitio web kp.org/UM o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia impresa. Consulte "Atención de Posestabilización" en "Servicios de Emergencia" en la sección "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia" de su *EOC* para ver los requisitos de autorización para recibir Atención de Posestabilización por parte de Proveedores Fuera del Plan.

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

Segundas opiniones

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

Acceso oportuno a la atención

Normas sobre la disponibilidad de citas

El Departamento de Atención Médica Administrada de California ("DMHC") elaboró las siguientes normas sobre la disponibilidad de citas. Esta información puede ayudarle a saber qué esperar cuando solicite una cita.

- Cita para atención de urgencia: dentro de las 48 horas.
- Cita para servicios de atención primaria (no urgentes) de rutina (incluidas las citas de medicina interna/para adultos, pediatría y medicina familiar): dentro de los 10 días hábiles.
- Cita para atención especializada (no urgente) de rutina con un médico: dentro de los 15 días hábiles.
- Cita para atención de salud mental (no urgente) de rutina para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias ilícitas con un profesional que no sea un médico: dentro de los 10 días hábiles.
- Cita de seguimiento (no urgente) para la atención de salud mental o para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias ilícitas con un profesional que no sea un médico, para aquellos que reciben un ciclo de tratamiento para un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias: dentro de los 10 días hábiles.

Las normas para la disponibilidad de citas no se aplican a los Servicios Preventivos. Su Proveedor del Plan puede recomendar un cronograma específico para los Servicios Preventivos, de acuerdo con sus necesidades. Excepto como se especifica anteriormente para la atención de salud mental y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias ilícitas, las normas tampoco se aplican a la atención de seguimiento periódico para condiciones crónicas ni a las referencias existentes a especialistas.

Acceso oportuno a la asistencia por teléfono

- El DMHC elaboró las siguientes normas para responder preguntas por teléfono:
- Consejos telefónicos sobre si necesita recibir atención y a dónde debe acudir para recibirla: dentro de los 30 minutos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Para preguntas generales: dentro de los 10 minutos durante el horario de atención normal.

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 alguno. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Cómo se paga a los Proveedores del Plan

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

Sus gastos

Costo Compartido (deducibles, Copagos y Coseguro)

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

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

En algunos casos, es posible que un Proveedor que No Pertenece al Plan proporcione Servicios cubiertos en un Centro de Atención del Plan o centro de atención contratado donde hemos autorizado que usted reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo compartido por los Servicios cubiertos que reciba en los Centros de Atención del plan o en los centros de atención contratados en donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta cobrarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los Servicios y presentar un reclamo de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección ("Reclamaciones y apelaciones después de haber recibido los servicios").

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

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular el costo de los Servicios sujetos al Deducible del Plan, por favor llame de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m., al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Consulte *Sus Beneficios (Parte uno del Formulario de Revelación)* para averiguar si tiene un Deducible del Plan

- Para todos los demás cálculos de los Costos Compartidos, por favor llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos)

Las estimaciones del costo compartido se basan en sus beneficios y en los servicios que espera recibir. Son una proyección del costo y no representan una garantía del costo final de los servicios. Su costo final puede ser mayor o menor al estimado ya que no puede conocerse con anticipación todo lo relacionado con su atención.

Copagos y Coseguro

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

Nota: Si los Cargos de los Servicios son inferiores al Copago descrito en la *EOC*, pagará la cantidad que sea menor, sujeto a cualquier deducible o gastos máximos de bolsillo aplicables.

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

Deducible de Medicamentos

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

Deducible del Plan

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

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

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

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

Gasto máximo de bolsillo del plan

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

Pago de Primas

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

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los proveedores del plan especifican que usted no es responsable por ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que deba pagar el costo de los Servicios sin cobertura que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores que No Pertenecen al Plan. Si cancelamos un contrato con un Proveedor del Plan mientras usted está bajo su cuidado, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que reciba de ese proveedor mientras hacemos los arreglos necesarios para que otro Proveedor del Plan le proporcione los Servicios y le notificaremos sobre estos arreglos. En algunos casos, es posible que pueda recibir Servicios de un proveedor con quien se haya cancelado el contrato de acuerdo con la ley correspondiente.

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

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

Si recibe Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor que No Pertenece al Plan o si recibe Servicios de ambulancia para emergencias, no es responsable de ningún monto aparte de su Costo Compartido. Aplicaremos el Costo Compartido que corresponda para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor que No Pertenece al Plan. Sin embargo, si el proveedor no acepta cobrarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo de reembolso.

Para presentar un reclamo debe hacer lo siguiente:

- Para obtener un formulario de reclamo lo antes posible puede hacer lo siguiente:
 - ◆ llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) sin costo o
 - ◆ a través de nuestro sitio web kp.org
 - ◆ uno de nuestros representantes lo atenderá con gusto si necesita ayuda para llenar un formulario de reclamos
- Si ya pagó los Servicios, debe enviarnos el formulario de reclamo completo para obtener el reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor Fuera del Plan.

- Para solicitar que se paguen los Servicios a un Proveedor que No Pertenece al Plan debe enviarnos el formulario de reclamo completo e incluir las facturas del Proveedor que No Pertenece al Plan. Si el Proveedor que No Pertenece al Plan indica que enviará el reclamo, usted seguirá siendo responsable de asegurarse de que nosotros recibamos toda la documentación necesaria para procesar la solicitud de pago. Si posteriormente recibe facturas del Proveedor Fuera del Plan por Servicios cubiertos (que no sean facturas por el Costo Compartido), por favor llame a la línea sin costo **1-800-390-3510** de Servicio a los Miembros para recibir ayuda.
- Debe completar y enviarnos cualquier información que le solicitemos para procesar el reclamo, tales como formularios de reclamo, consentimiento de revelación de historias clínicas, cesiones y reclamos de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentación tales como documentos de traslado o la verificación de su traslado o itinerario.

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

Cancelación de Beneficios

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

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

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

Consulte la *EOC* para obtener más información.

Continuidad de la membresía

Continuidad de la cobertura de grupo

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

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

Si lo convocan al servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar recibiendo cobertura durante un tiempo limitado después de lo que, de otra forma, perdería la elegibilidad, si así lo requiere la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados ("USERRA"). Comuníquese con su grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de USERRA y cuánto tendrá que pagarle a su grupo.

Plan individual

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

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

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

Cómo obtener asistencia

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Con gusto le brindarán la ayuda que necesite y responderán sus dudas.

Servicio a los Miembros

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

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

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

Llamadas **1-800-464-4000** (inglés y más de 150 idiomas a través de servicios de interpretación)
1-800-788-0616 (español)
1-800-757-7585 (dialectos chinos)

Los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos)

Consultas Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org para obtener las direcciones)

Correo postal Oficina de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan (consulte *Su Guía* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org para obtener las direcciones)

Sitio web kp.org

Resolución de Disputas y Arbitraje Vinculante

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden ayudarle con problemas sin resolver en los Centro de Atención del Plan o por teléfono al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También pueden ayudarle a presentar una queja formal en forma verbal o por escrito. Tenga en cuenta que también puede presentar una queja formal por medios electrónicos en kp.org. Debe presentar su queja formal dentro de los 180 días posteriores a la fecha del incidente.

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

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

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

Disposiciones para la Renovación

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

Principales Exclusiones, Limitaciones y Reducciones de Beneficios

Exclusiones

A continuación, se presentan las principales exclusiones de la cobertura. Consulte la *EOC* para obtener la lista completa, incluidos los detalles y las excepciones a las exclusiones. Estas exclusiones o limitaciones no aplican a los servicios que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar trastornos de salud mental o trastornos por abuso de sustancias que sean parte de cualquiera de las categoría diagnósticas mencionadas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la más reciente edición de *International Behavioral of Diseases* o que se incluyen en la versión más reciente del *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales*.

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

Limitaciones

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

Reducciones

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

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

Cómo ser Miembro de Kaiser Permanente

Deseamos darle la bienvenida como miembro de Kaiser Permanente.

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

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

Personas que tienen prohibido inscribirse

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

Avisos varios

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores Fuera del Plan

Nuevo miembro de Kaiser Permanente

Si recibe actualmente servicios de un proveedor fuera del plan, de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección “Requisitos”, y la cobertura de su plan anterior para los servicios del proveedor ha finalizado o lo hará cuando entre en vigencia nuestra cobertura, es posible que reúna los requisitos para recibir una cobertura limitada para los servicios del proveedor fuera del plan.

Proveedor cancelado

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

Elegibilidad

Los casos que están sujetos a esta disposición de cumplimiento de los servicios son:

- Afecciones agudas, es decir, afecciones médicas donde el inicio de los síntomas aparece repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieran atención médica sin demora y que tengan una duración limitada. Podemos cubrir estos servicios hasta que finalice la afección aguda.
- Afecciones crónicas graves. Es posible que cubramos estos Servicios hasta que se presente la primera de las siguientes circunstancias: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente; (2) 12 meses desde la fecha en que finalice el contrato con el proveedor cancelado o (3) el primer día después de completar un ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente, tras consultarle al Miembro de Kaiser Permanente y al Proveedor que No Pertenecen al Plan 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:
 - ◆ persisten y nunca se curan totalmente
 - ◆ empeoran con el tiempo
 - ◆ requieren de tratamiento continuo para evitar que reaparezcan o empeoren
- Embarazo y atención inmediata posparto. Cubriremos estos Servicios durante el embarazo y la atención inmediata posparto.
- Los trastornos de salud mental en Miembros embarazadas, que impactan o pueden impactar a la Miembro durante el embarazo o durante el periodo de posparto, incluida, entre otros, la depresión posparto. Es posible que cubramos la finalización de estos Servicios hasta 12 meses a partir del diagnóstico de salud mental o a partir del final del embarazo, lo que ocurra después.
- Enfermedades terminales, es decir, enfermedades incurables o irreversibles que tienen gran probabilidad de provocar la muerte en un año o menos. Podemos cubrir la finalización de estos Servicios durante la enfermedad.
- Atención para niños menores de 3 años. Podemos cubrir la finalización de estos Servicios hasta que se cumpla la primera de las siguientes condiciones: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la membresía del niño, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cancelado; o (3) el tercer cumpleaños del niño.
- Cirugía u otro procedimiento que se considere parte de un tratamiento y que el proveedor ha recomendado y registrado para realizarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de vigencia de la membresía si es un Miembro nuevo o en un plazo de 180 días desde la fecha en que finalizó el contrato con el proveedor.

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

- Su cobertura del Plan de Salud está vigente en la fecha en la que 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 vigor nuestra cobertura.
- Recibe Servicios conforme a uno de los casos antes mencionados de parte de un Proveedor que No Pertenece al Plan en la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o de un Proveedor cancelado del Plan en la fecha de finalización del contrato de este.
- En el caso de Miembros nuevos, cuando usted se inscribió en el Plan de Salud no tuvo la opción de continuar con su plan de salud anterior ni de elegir otro plan (incluida alguna opción que no pertenezca a la red) que hubiera cubierto los Servicios de su Proveedor Fuera del Plan.

- El proveedor acepta por escrito nuestros términos y condiciones de contrato, tales como las condiciones relacionadas con el pago y la prestación de Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro del Área de Servicio de la Región Base de Kaiser Permanente no corresponde si estuviera recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio de Kaiser Permanente al momento de terminarse el contrato del proveedor).
- Los Servicios que reciba estarían cubiertos conforme a la *EOC* si los brindase un Proveedor del Plan.
- Usted solicita el cumplimiento de los Servicios en un plazo de 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de vigencia de su membresía, si es un Miembro nuevo de Kaiser Permanente o de la fecha en que finalice el contrato del Proveedor del Plan.

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

Lista de medicamentos disponibles

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

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

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

Normas de privacidad

Kaiser Permanente resguarda la privacidad de la información médica protegida de sus Miembros y exige a los proveedores contratistas que hagan lo mismo. Su información médica protegida es información (oral, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o el pago de su atención médica que lo identifican individualmente. Por lo general, puede ver y obtener copias de su información médica protegida, y también corregirla o actualizarla y pedirnos que expliquemos la revelación de ciertos datos incluidos allí.

Puede solicitar que le envíen comunicaciones confidenciales a una ubicación distinta de la dirección habitual o por otro medio que el habitual. Puede solicitar una comunicación confidencial completando un formulario de solicitud de comunicación confidencial que se encuentra disponible en kp.org en “Formularios de solicitud de comunicaciones confidenciales”. Su solicitud de una comunicación confidencial será válida hasta que presente una revocación o una nueva solicitud de comunicación confidencial. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Es posible que usemos o revelemos su información médica protegida para fines relacionados con su tratamiento, pagos, investigación médica y actividades relacionadas con la atención médica, tales como la medición de la calidad de los Servicios. A veces la ley exige que suministremos información médica protegida a otros, como organizaciones gubernamentales o para cumplir con una acción judicial.

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

No utilizaremos ni daremos a conocer su información médica protegida para ningún otro fin sin su autorización por escrito (o la de su representante), salvo según se describe en el *Aviso sobre prácticas de privacidad* (consulte a continuación). Autorizarnos es su decisión.

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

Nota especial sobre Medicare

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

Definiciones

Período de Acumulación: Un período de no más de 12 meses consecutivos con el fin de acumular montos para alcanzar los deducibles que tenga (si corresponde) y el Gasto Máximo de Bolsillo. Por ejemplo, el Período de Acumulación podría ser un año calendario o un año de contrato. Las fechas del Período de Acumulación se especifican en *Sus Beneficios (Parte uno del Formulario de Revelación)*.

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

Cargos: Hacen referencia a lo siguiente:

- En el caso de Servicios que preste el Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Medical Group y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los Miembros de Kaiser Permanente.
- En el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos en el programa de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los Miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).
- En el caso de cualquier otro Servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los Servicios o, si Kaiser Permanente subcontrata Costos Compartidos de sus pagos, la cantidad que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera subcontratado Costos Compartidos.

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

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

Costo compartido: El monto que usted debe pagar por los servicios cubiertos. Por ejemplo, su costo compartido podría ser un copago o un coseguro. Si su cobertura incluye un Deducible del Plan y usted recibe Servicios que están sujetos al Deducible del Plan, su Costo Compartido para esos Servicios se volverá un Cargo hasta que alcance el Deducible del Plan. De igual manera, si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos y usted recibe Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos, su Costo Compartido para esos Servicios se volverá un Cargo hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

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

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

Condición médica de emergencia: Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor grave) de tal manera que usted creía razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en cualquiera de los siguientes:

- Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una persona embarazada, la salud de la persona o de su hijo por nacer)
- Deteriorar gravemente las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

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

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

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

- Una prueba de detección que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios complementarios (como los Servicios de imágenes diagnósticas y de laboratorio), disponibles normalmente en el departamento de emergencias, para evaluar la Condición Médica de Emergencia.
- Dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones con las que cuente el hospital, el examen y tratamiento Necesarios desde el Punto de Vista Médico para Estabilizar al paciente (una vez que su condición médica se Estabilice, los Servicios que reciba se considerarán Atención de Posestabilización y no Servicios de Emergencia).

EOC: Documento de *Evidencia de Cobertura*, incluidas las enmiendas, en el que se describe la cobertura de salud según el *Acuerdo* del Plan de Salud con su grupo.

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una empresa sin fines de lucro de California. El Plan de Salud es un plan de servicios de atención médica autorizado por el Departamento de Atención Médica Administrada para ofrecer cobertura de atención médica. En este *Formulario de Revelación*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a”.

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

El Plan de Salud no proporciona asesoramiento fiscal. Consulte a su asesor financiero o fiscal para obtener asesoramiento fiscal o más información sobre su elegibilidad para una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos.

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

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

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

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

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

- De acuerdo con las normas generalmente aceptadas para la atención de salud mental y de los trastornos por consumo de sustancias.
- Clínicamente apropiadas en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración.
- El propósito principal no es para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores ni para la conveniencia del paciente, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Para todos los demás Servicios, un Servicio se define como Necesario desde el Punto de Vista Médico si es apropiado y necesario desde el punto de vista médico para prevenir, diagnosticar o tratar un trastorno o síntomas clínicos según las normas profesionales de atención generalmente aceptadas y cumple con las normas de atención de la comunidad médica.

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

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

Visitas a especialistas no médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (tales como enfermeros practicantes, ayudantes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Atención de urgencia fuera del área: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para evitar el deterioro grave de su salud (o la del bebé por nacer) como consecuencia de una enfermedad, lesión o complicación imprevistas de una afección existente (incluido el embarazo), si se cumplen todas estas condiciones:

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

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

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

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

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

Consultorio del plan: Cualquier consultorio médico incluido en la lista adjunta de centros de atención o en nuestro sitio web kp.org/facilities del Área de Servicio de su Región Base. En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. La información de este directorio en línea se actualiza periódicamente. La disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

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

Médico del plan: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Medical Group o cualquier médico certificado que se contrata para prestar Servicios a Miembros en el Área de Servicio de su Región Base (excepto los médicos que se contratan solo para brindar Servicios por referencia).

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

Atención de Posestabilización: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico asociados a su Condición Médica de Emergencia que reciba en un hospital (incluido el Departamento de Emergencias) después de que el médico tratante determine que su condición médica se ha Estabilizado.

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

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

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

- Todos los códigos postales del condado de Alameda están dentro de nuestra Área de Servicio: 94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377, 95391
- Los siguientes códigos postales en el condado de Amador pertenecen a nuestra área de servicio: 95640, 95669
- Todos los códigos postales del condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio: 94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820, 94850
- Los siguientes códigos postales del condado El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio: 95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762

- Los siguientes códigos postales del condado de Fresno están dentro de nuestra Área de Servicio: 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888
- Los siguientes códigos postales en el condado de Kings pertenecen a nuestra área de servicio: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656
- Los siguientes códigos postales del condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720
- Todos los códigos postales del condado de Marin están dentro de nuestra Área de Servicio: 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79
- Los siguientes códigos postales en el condado de Mariposa pertenecen a nuestra área de servicio: 93601, 93623, 93653
- Todos los códigos postales del condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio: 94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599, 95476
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer están dentro de nuestra Área de Servicio: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765
- Todos los códigos postales de condado de Sacramento están dentro de nuestra Área de Servicio: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894, 95899
- Todos los códigos postales del condado de San Francisco están dentro de nuestra Área de Servicio: 94102-05, 94107-12, 94114-27, 94129-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177, 94188
- Todos los códigos postales del condado de San Joaquín están dentro de nuestra Área de Servicio: 94514, 95201-15, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690
- Todos los códigos postales del condado de San Mateo están dentro de nuestra Área de Servicio: 94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04, 94497
- Los siguientes códigos postales del condado de Santa Clara están dentro de nuestra Área de Servicio: 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94, 95196
- Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz están dentro de nuestra Área de Servicio: 95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073, 95076-77
- Todos los códigos postales del condado de Solano están dentro de nuestra Área de Servicio: 94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694, 95696
- Los siguientes códigos postales del condado de Sonoma están dentro de nuestra Área de Servicio: 94515, 94922-23, 94926-28, 94931, 94951-55, 94972, 94975, 94999, 95401-07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430-31, 95433, 95436, 95439, 95441-42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471-73, 95476, 95486-87, 95492
- Todos los códigos postales del condado de Stanislaus están dentro de nuestra Área de Servicio: 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87, 95397

- Los siguientes códigos postales del condado de Sutter están dentro de nuestra Área de Servicio: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95837
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
- Los siguientes códigos postales del condado de Yolo están dentro de nuestra Área de Servicio: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99
- Los siguientes códigos postales en el condado de Yuba pertenecen a nuestra área de servicio: 95692, 95903, 95961

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

- Los siguientes códigos postales del condado de Imperial están dentro de nuestra Área de Servicio: 92274-75
- Los siguientes códigos postales del condado de Kern están dentro de nuestra Área de Servicio: 93203, 93205-06, 93215-16, 93220, 93222, 93224-26, 93238, 93240-41, 93243, 93249-52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301-09, 93311-14, 93380, 93383-90, 93501-02, 93504-05, 93518-19, 93531, 93536, 93560-61, 93581
- Los siguientes códigos postales del condado de Los Ángeles están dentro de nuestra Área de Servicio: 90001-84, 90086-91, 90093-96, 90099, 90134, 90189, 90201-02, 90209-13, 90220-24, 90230-33, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-35, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 90899, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91495-96, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91526, 91601-12, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91, 93599
- Todos los códigos postales del condado de Orange están dentro de nuestra Área de Servicio: 90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711-12, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92850, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87, 92899
- Los siguientes códigos postales del condado de Riverside están dentro de nuestra Área de Servicio: 91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 92258, 92260-64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83
- Los siguientes códigos postales del condado de San Bernardino están dentro de nuestra Área de Servicio: 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880
- Los siguientes códigos postales del condado de San Diego están dentro de nuestra Área de Servicio: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93, 92195-99

- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio: 93238, 93261
- Los siguientes códigos postales del condado de Ventura están dentro de nuestra Área de Servicio: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319-20, 91358-62, 91377, 93001-07, 93009-12, 93015-16, 93020-22, 93030-36, 93040-44, 93060-66, 93094, 93099, 93252

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

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

Servicios: Servicios o artículos de atención médica (“atención médica” incluye atención de la salud física y atención de la salud mental), y tratamiento de la salud mental cubiertos según “Tratamiento de la Salud del Comportamiento para Trastornos en el Espectro Autista” en la *EOC*.

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

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

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

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

Atención de Urgencia: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar un problema que requiere atención médica sin demora pero que no se considera una Condición Médica de Emergencia.

Important Notices

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 مجاناً 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 يرجى 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 شبانهروز 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 کفایت در 24 ساعت شبانهروز 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 kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv 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 hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv 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 សារលេខ 711។

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

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທ 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 horng haa-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 asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' aq'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí aq'át'é. Ata' hane' yidíikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíits'íligíí yidíikił. Hane' bee bik'í' di'díitííligíí dóó bee hane' didíits'íligíí bína'idíikiłgo yidíikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí aq'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

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

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

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

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

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา 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 hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
 - ◆ Qualified sign language interpreters
 - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ◆ Qualified interpreters
 - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call Member Services at **1 800-464-4000 (TTY 711)** 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays)
- **By mail:** Call us at **1 800-464-4000 (TTY 711)** and ask to have a form sent to you
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at kp.org/facilities for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at kp.org

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370** (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019** (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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).

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室

- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**

- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
 - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo *Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage)* hay *Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance)* của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị

- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại kp.org/facilities để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại kp.org

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California (*Dành Riêng Cho Người Thu Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370 (TTY 711)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Trực tuyến:** Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019 (TTY 711 hay 1-800-537-7697)**
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.