



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

Una corporación sin fines de lucro

Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados 2025 para Kaiser Permanente for Individuals and Families

Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO

Un plan para los miembros que se inscriben por medio de
Covered California o directamente con Kaiser Permanente

Servicio a los Miembros
las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)
1-800-464-4000 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)
kp.org/espanol

ÍNDICE

Resumen del Costo Compartido	1
Período de Acumulación	1
Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo	1
Tablas de Resumen del Costo Compartido por Beneficio	1
Plan CARE	17
Introducción	18
Sobre Kaiser Permanente	18
Vigencia de esta EOC, Renovación y Enmienda	18
Definiciones	19
Primas, Elegibilidad e Inscripción	26
Primas	26
Quién es Elegible	27
Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura	29
Cómo Obtener Servicios	30
Cuidados de Rutina	31
Atención de Urgencia	31
¿No Sabe con Seguridad qué Tipo de Atención Necesita?	31
Su Médico Personal del Plan	31
Cómo Obtener un Referido	32
Traslado y Alojamiento para Recibir Determinados Servicios	34
Segundas Opiniones	35
Contratos con Proveedores del Plan	35
Cómo recibir Atención fuera del Área de Servicio de su Región Base	36
Su Tarjeta de Identificación	36
Acceso Oportuno a la Atención	36
Cómo Obtener Asistencia	37
Centros del Plan	38
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia	38
Servicios de Emergencia	38
Atención de Urgencia	40
Pago y Reembolso	41
Beneficios	41
Su Costo Compartido	42
Medicamentos y Productos Administrados	45
Servicios de Ambulancia	46
Cirugía bariátrica	46
Servicios Dentales y de Ortodoncia	46
Atención para Diálisis	47
Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar	48
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia	49
Servicios de Fertilidad	49
Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica	50
Educación para la Salud	50
Servicios para la Audición	50
Atención Médica a Domicilio	51
Cuidados Paliativos	51
Servicios para Pacientes Hospitalizados	52
Lesiones en los Dientes	53
Servicios de Salud Mental	53

Visitas al Consultorio	55
Suministros para Ostomía y Urológicos	55
Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios.....	55
Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios.....	56
Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios.....	60
Servicios Preventivos.....	60
Aparatos Protésicos y Ortopédicos.....	61
Cirugía Reconstructiva	62
Servicios de Rehabilitación y Habilidadación.....	62
Servicios de Salud Reproductiva	63
Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico.....	64
Atención en un Centro de Enfermería Especializada	65
Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias	65
Consultas de Telesalud	66
Servicios de Trasplante.....	66
Servicios para la Vista para Miembros Adultos	67
Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos	68
Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones	69
Exclusiones	69
Limitaciones	72
Coordinación de Beneficios.....	72
Reducciones	72
Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio	74
Quién Puede Presentar un Reclamo	74
Documentos de Apoyo	75
Reclamos Iniciales	75
Apelaciones.....	76
Revisión Externa.....	77
Revisión Adicional	77
Resolución de Disputas.....	77
Quejas formales	77
Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles	80
Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada.....	81
Revisión Médica Independiente (“IMR”).....	81
Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles.....	82
Revisión Adicional	82
Arbitraje Obligatorio	82
Cancelación de la Membresía	85
Cómo Puede Cancelar su Membresía	85
Cancelación Debido a la Pérdida de Elegibilidad.....	85
Cancelación con Causa	86
Cancelación por Falta de Pago de las Primas	86
Cancelación por Suspensión de un Producto o de Todos los Productos	86
Pagos después de la Cancelación.....	87
Anulación de la Membresía	87
Cómo Apelar la Cancelación o la Anulación de la Membresía	87
Revisión Estatal de la Cancelación de la Membresía	87
Otras Disposiciones	87
Administración de esta EOC.....	87
Instrucciones Anticipadas.....	87

Solicitudes y Declaraciones	88
Cesión	88
Honorarios y Gastos de Abogados y Defensores	88
Autoridad para la Revisión de Reclamos.....	88
<i>EOC</i> Obligatoria para los Miembros	88
Legislación Vigente.....	88
No Renuncia	88
Avisos con Respecto a Su Cobertura.....	88
Recuperación de Exceso de Pago	88
Prácticas de Privacidad	89
Participación en la Política Pública	89
Información Útil	89
Cómo Obtener esta <i>EOC</i> en Otros Formatos.....	89
Directorio de Proveedores	89
Herramientas y Recursos en Línea	90
Preferencias para la Entrega de Documentos	90
Cómo Comunicarse con Nosotros.....	90
Cómo Comunicarse con Covered California.....	91
Responsabilidad de Pago	92
Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos.....	93
Introducción.....	94
Definiciones	94
Cómo Obtener Servicios Dentales Pediátricos	96
Beneficios, Limitaciones y Exclusiones	96
Continuidad de la Atención de Salud.....	96
Servicios Dentales de Emergencia.....	97
Servicios Dentales de Urgencia	97
Acceso Oportuno a la Atención.....	97
Servicios de Asistencia Lingüística	98
Servicios de Especialistas	98
Reclamos para Reembolsos	98
Costo Compartido y Otros Cargos.....	98
Segunda Opinión	98
Necesidades Especiales de Atención Médica	99
Accesibilidad del Centro de Atención	99
Compensación del Dentista	99
Políticas de Procesamiento	99
Servicios de Teleodontología	100
Coordinación de Beneficios.....	100
Proceso de Quejas del Afiliado.....	100
ANEXO A. Descripción de los Beneficios y Costo Compartido para Afiliados Pediátricos.....	102
ANEXO B. Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios	129
ANEXO C. Información sobre los Beneficios según el Programa DeltaCare USA.....	134

Resumen del Costo Compartido

Este “Resumen del Costo Compartido” es parte de su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, *EOC*) y tiene por objeto explicar el monto que pagará por los Servicios cubiertos conforme a este plan. No brinda una descripción completa de sus beneficios. Para obtener una descripción completa de sus beneficios, incluidas las limitaciones y las exclusiones, lea cuidadosamente toda esta *EOC*, así como cualquier enmienda.

Período de Acumulación

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

Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo

Para los Servicios que se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan, usted no pagará ningún Costo Compartido adicional durante el resto del Período de Acumulación una vez que haya alcanzado los montos que se muestran a continuación.

Montos por Período de Acumulación	Cobertura Individual (Familia de un Miembro)	Cobertura Familiar Cada Miembro en una Familia de dos o más Miembros	Cobertura Familiar Toda la Familia de dos o más Miembros
Deducible del Plan	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Deducible de Medicamentos	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto Máximo de Bolsillo del Plan (Out-of-Pocket Maximum, “OOPM”)	\$4,500	\$4,500	\$9,000

Tablas de Resumen del Costo Compartido por Beneficio

Cómo interpretar las tablas de resumen del Costo Compartido

Cada una de las siguientes tablas describe el Costo Compartido para una categoría de beneficios. En la primera columna de cada tabla se describen los Servicios específicos asociados con el beneficio. Para obtener una descripción detallada de la cobertura de un beneficio en particular, consulte la misma categoría del beneficio en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.

- **Copago y Coseguro.** Esta columna describe el Costo Compartido que pagará por los Servicios después de alcanzar el Deducible de su Plan o el Deducible de Medicamentos, cuando corresponda. (Consulte la sección anterior “Deducibles y Gastos Máximos de Bolsillo” para determinar si su plan incluye deducibles). Si los Servicios no están cubiertos en su plan, en esta columna aparecerá “Sin cobertura”. Si proporcionamos una Asignación que puede utilizar para cubrir el costo de los Servicios, en esta columna se incluirá la Asignación.
- **Sujeto al Deducible.** Esta columna indica si el Costo Compartido que paga por los Servicios está sujeto a un Deducible del Plan o un Deducible de Medicamentos. Si los Servicios están sujetos a un deducible, usted pagará los Cargos de esos Servicios hasta que alcance su deducible. Si los Servicios están sujetos a un deducible, aparecerá “✓” o “D” en la columna, según el deducible que corresponda (“✓” para el Deducible del Plan, “D” para el Deducible de Medicamentos). Si los Servicios no se aplican a un deducible, o si su plan no incluye un deducible, esta columna aparecerá en blanco. Para obtener una explicación más detallada de los deducibles, consulte “Deducible del Plan” y “Deducible de Medicamentos” en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.
- **Se aplica al OOPM.** Esta columna indica si el Costo Compartido que paga por los Servicios cuenta para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo (“OOPM”) del Plan después de que haya alcanzado algún deducible aplicable. Si los Servicios cuentan para alcanzar el OOPM del Plan, aparecerá “✓” en esta columna. Si los Servicios no cuentan para alcanzar el OOPM del Plan, esta columna aparecerá en blanco. Para obtener una explicación más detallada de los OOPM del plan, consulte “Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” en la sección “Beneficios” de esta *EOC*.

Medicamentos y productos administrados

Descripción de los Servicios de Medicamentos y Productos Administrados	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas	Sin cargo		✓
Antígenos de alergias (incluida la administración)	\$5 por consulta		✓
Medicamentos y complementos para quimioterapia	Coseguro del 10 %		✓
Medicamentos y productos administrados por terapia o inyección intravenosa que no sean para quimioterapia contra el cáncer, incluidos los productos del factor sanguíneo y productos biológicos derivados del tejido, las células o la sangre	Coseguro del 10 %		✓
Todos los demás medicamentos y productos administrados	Sin cargo		✓
Medicamentos y productos que se le administran durante una consulta a domicilio	Sin cargo		✓

Servicios de Ambulancia

Descripción de los Servicios de Ambulancia	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios de ambulancia de emergencia	\$150 por viaje		✓
Servicios de ambulancia que no sean de emergencia y de traslado psiquiátrico en camioneta	\$150 por viaje		✓

Atención para diálisis

Descripción de los Servicios de Atención de Diálisis	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Equipo y suministros para hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar	Sin cargo		✓
Una visita de rutina para pacientes ambulatorios al mes con el equipo interdisciplinario de nefrología para una consulta, un examen o un tratamiento	Sin cargo		✓
Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un Centro de Atención del Plan	Coseguro del 10 %		✓

Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar

Descripción de los Servicios de DME	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Monitores de glucosa en la sangre para los análisis de sangre para la diabetes y sus suministros	Coseguro del 10 %		✓
Medidores de flujo máximo	Coseguro del 10 %		✓
Bombas de insulina y suministros para operar la bomba	Coseguro del 10 %		✓
Otros Artículos Básicos de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME), tal como se describe en esta <i>EOC</i>	Coseguro del 10 %		✓
Artículos Suplementarios de DME, tal como se describe en esta <i>EOC</i>	Sin cobertura		
Extractores regulares de leche	Sin cargo		✓
Extractores de leche de uso hospitalario	Sin cargo		✓

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Descripción de los Servicios de Emergencia y de Atención de Urgencia	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Visitas al Departamento de Emergencias	\$150 por consulta		✓
Consultas de Atención de Urgencia	\$15 por consulta		✓

Nota: Si le admiten en el hospital como paciente hospitalizado desde el Departamento de Emergencias, no se aplica el Costo Compartido para consultas en el Departamento de Emergencias que se mencionó anteriormente. En su lugar, los Servicios que recibió en el Departamento de Emergencias, incluida cualquier observación, en caso de corresponder, se considerarán como parte de su hospitalización. Para conocer el Costo Compartido de Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido”. El Costo Compartido para el Departamento de Emergencias sí se aplica si le admiten para observación, pero no como paciente hospitalizado.

Servicios de Fertilidad

Diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad

Descripción de los Servicios de Diagnóstico y del Tratamiento de la Infertilidad	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad	Sin cobertura		

Inseminación artificial

Descripción de los Servicios de Inseminación Artificial	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios de inseminación artificial	Sin cobertura		

Servicios de tecnología de reproducción asistida (“ART”)

Descripción de los Servicios de ART	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios de tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, “ART”), como la fertilización in vitro (in vitro fertilization, “IVF”), la transferencia intratubárica de gametos (gamete intra-fallopian transfer, “GIFT”) o la transferencia intratubárica de cigotos (zygote intra-fallopian transfer, “ZIFT”)	Sin cobertura		

Educación para la salud

Descripción de los Servicios de Educación para la Salud	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Programas de educación para la salud cubiertos, que pueden incluir programas que se ofrecen en línea y asesoramiento por teléfono	Sin cargo		✓
Asesoramiento individual durante una visita al consultorio relacionada con dejar de fumar	Sin cargo		✓
Asesoramiento individual durante una visita al consultorio relacionada con el control de la diabetes	Sin cargo		✓
Otro tipo de asesoramiento individual con cobertura cuando la visita al consultorio es solamente para recibir educación para la salud	Sin cargo		✓
Materiales cubiertos sobre educación para la salud	Sin cargo		✓

Servicios para la Audición

Descripción de los Servicios de Audición	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva	\$15 por consulta		✓
Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar problemas de la audición	\$30 por consulta		✓
Audífonos, incluidos la colocación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección	Sin cobertura		

Atención médica a domicilio

Descripción de los Servicios de Atención Médica a Domicilio	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios de atención médica a domicilio (100 visitas por Período de Acumulación)	\$20 por consulta		✓

Cuidados paliativos

Descripción de los Servicios de Cuidados Paliativos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios de Cuidados Paliativos	Sin cargo		✓

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Descripción de los Servicios para Pacientes Hospitalizados	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Estancias de pacientes hospitalizados	\$225 por día hasta un máximo de \$1,125 por hospitalización		✓

Lesiones en los dientes

Descripción de los Servicios para Lesiones en los Dientes	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Lesiones accidentales de los dientes	Sin cobertura		

Servicios de salud mental

Descripción de los Servicios de Salud Mental	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Hospitalizaciones de salud mental	\$225 por día hasta un máximo de \$1,125 por hospitalización		✓
Evaluación y tratamiento de salud mental individual	\$15 por consulta		✓
Tratamiento grupal de salud mental	\$7 por consulta		✓
Hospitalización parcial	Sin cargo		✓

Descripción de los Servicios de Salud Mental	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Otros programas de tratamiento psiquiátrico intensivo	Sin cargo		✓
Servicios residenciales para tratamiento de salud mental	\$225 por día hasta un máximo de \$1,125 por hospitalización		✓
Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista	Sin cargo		✓
Terapia electroconvulsiva	\$15 por consulta		✓
Estimulación magnética transcraneal	\$15 por consulta		✓

Visitas al Consultorio

Descripción de los Servicios de Visita al Consultorio	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas a Especialistas No Médicos que no se describen en ninguna otra parte de este “Resumen del Costo Compartido”	\$15 por consulta		✓
Las Consultas con Especialistas Médicos que no se describen en ninguna otra parte de este “Resumen del Costo Compartido”	\$30 por consulta		✓
Citas grupales que no se describen en ninguna otra parte de este “Resumen del Costo Compartido”	\$7 por consulta		✓
Servicios de Acupuntura	\$15 por consulta		✓

Suministros para ostomía y urológicos

Descripción de los Servicios de Ostomía y Urología	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Suministros para ostomía y urológicos, tal como se describe en esta <i>EOC</i>	Sin cargo		✓

Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios

Descripción de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Imágenes diagnósticas complejas (que no sean preventivas), como tomografías computarizadas (TC), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) y tomografías por emisión de positrones (TEP)	\$75 por procedimiento		✓
Servicios de imágenes diagnósticas básicas, como radiografías, mamografías y ecografías de diagnóstico y terapéuticas	\$30 por consulta		✓
Medicina nuclear	\$30 por consulta		✓
Exámenes fotográficos de rutina para la detección de trastornos de la retina	Sin cargo		✓
Análisis de laboratorio de rutina para comprobar la eficacia de la diálisis	Sin cargo		✓
Pruebas de venta libre para el COVID-19 que proporcionan los Proveedores del Plan según se describe en esta EOC (hasta un total de 8 pruebas que proporcionan los Proveedores del Plan y los Proveedores Fuera del Plan por mes calendario)	Sin cargo		✓
Pruebas de venta libre para el COVID-19 que proporcionan los Proveedores Fuera del Plan según se describe en esta EOC (hasta un total de 8 pruebas que proporcionan los Proveedores del Plan y los Proveedores Fuera del Plan por mes calendario, sin exceder los \$12 por cada una incluidas todas las tarifas e impuestos, si la prueba la proporciona un Proveedor Fuera del Plan)	Coseguro del 50 %		
Pruebas de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 que proporcionan los Proveedores del Plan	Sin cargo		✓
Pruebas de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 que proporcionan los Proveedores Fuera del Plan (excepto los proveedores de Servicios de Emergencia o de Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 %		
Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas las pruebas para trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoría genética)	\$15 por consulta		✓
Servicios de Diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos (como electrocardiogramas [ECG] y electroencefalogramas [EEG])	\$30 por consulta		✓
Radioterapia	Coseguro del 10 %		✓
Tratamientos con luz ultravioleta (incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta como se describe en esta EOC)	Sin cargo		✓

Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Si la columna de “Costo Compartido en una Farmacia del Plan” en esta sección tiene un Costo Compartido para un suministro de 30 días y la cantidad que le receta su Médico del Plan es mayor, podría obtener más de un suministro de 30 días al mismo tiempo hasta el límite de días de suministro para ese medicamento. Se aplicará el Costo Compartido que corresponda. Por ejemplo, deberá pagar dos copagos de 30 días cuando recoja una receta de 60 días; deberá pagar tres copagos cuando recoja una receta de 100 días en la farmacia.

La mayoría de los productos

Descripción de la Mayoría de los Artículos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Productos en el Nivel 1 que no se describen en otra parte de este "Resumen del Costo Compartido"	\$7 para un suministro de hasta 30 días	\$14 para un suministro de hasta 100 días		✓
Productos en el Nivel 2 que no se describen en otra parte de este "Resumen del Costo Compartido"	\$16 para un suministro de hasta 30 días	\$32 para un suministro de hasta 100 días		✓
Productos en el Nivel 4 que no se describen en otra parte de este “Resumen del Costo Compartido”	Coseguro del 10 % (no debe ser mayor de \$250) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓

Medicamentos, suministros y suplementos básicos

Descripción de Medicamentos, Suministros y Suplementos Básicos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Agentes hematopoyéticos para diálisis	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Nutrición enteral elemental cuando se usa como terapia primaria para la enteritis local	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Todos los demás productos en el Nivel 1, tal como se describen en esta <i>EOC</i>	\$7 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Todos los demás productos en el Nivel 2, tal como se describen en esta <i>EOC</i>	\$16 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Todos los demás productos en el Nivel 4, tal como se describen en esta <i>EOC</i>	Coseguro del 10 % (no debe ser mayor de \$250) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓

Medicamentos anticancerígenos y ciertos complementos fundamentales después de un diagnóstico de cáncer

Descripción de los Medicamentos Anticancerígenos y Ciertos Complementos Fundamentales	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Medicamentos anticancerígenos orales en el Nivel 1	\$7 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos orales en el Nivel 2	\$16 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos orales en el Nivel 4	Coseguro del 10 % (no debe ser mayor de \$200) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos no orales en el Nivel 1	\$7 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos no orales en el Nivel 2	\$16 para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Medicamentos anticancerígenos no orales en el Nivel 4	Coseguro del 10 % (no debe ser mayor de \$250) para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓

Medicamentos para infusión intravenosa en el hogar

Descripción de los Medicamentos para Infusión Intravenosa en el Hogar	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Medicamentos para infusión intravenosa en el hogar	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Suministros necesarios para la infusión intravenosa de medicamentos en el hogar	Sin cargo	Sin cargo		✓

Los medicamentos para infusión intravenosa en el hogar son medicamentos, líquidos, aditivos y nutrientes autoadministrados por vía intravenosa que requieren tipos específicos de infusión parenteral, como infusiones intravenosas o intrarraquídeas.

Determinados artículos que exige el estado

Descripción de determinados artículos que exige el estado	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Productos de aminoácidos modificados usados para tratar anomalías congénitas del metabolismo de los aminoácidos (tal como la fenilketonuria)	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Tratamientos terapéuticos para el COVID-19 que proporcionan los proveedores del plan	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Tratamientos terapéuticos para el COVID-19 que proporcionan los Proveedores Fuera del Plan (excepto los proveedores de Servicios de Emergencia o de Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 % para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Tiras reactivas para cetonas y comprimidos o tiras reactivas para azúcar o cetonas para realizar análisis de orina para la diabetes.	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Dispositivos para la administración de insulina: plumas de administración, agujas y jeringas desechables, y la ayuda visual necesaria para asegurarse de administrar la dosis correcta (excepto los artículos para la visión)	\$7 para un suministro de hasta 100 días	La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓

Para los medicamentos que están relacionados con el tratamiento de la diabetes (por ejemplo, la insulina), y para los dispositivos de suministro continuo de insulina que usan artículos desechables como los parches o las cápsulas, consulte la tabla anterior “La mayoría de los productos”. Para las bombas de insulina, consulte la tabla anterior “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos

Descripción de Medicamentos y Dispositivos Anticonceptivos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Los siguientes productos anticonceptivos hormonales en el Nivel 1: • anillos • parches • anticonceptivos orales	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Los siguientes productos anticonceptivos en el Nivel 1: • espermicida • esponjas • gel anticonceptivo	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓

Descripción de Medicamentos y Dispositivos Anticonceptivos	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Los siguientes productos anticonceptivos hormonales en el Nivel 2: - anillos - parches - anticonceptivos orales	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días	Sin cargo para un suministro de hasta 365 días La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un producto a otro. Consulte con su farmacia local		✓
Los siguientes productos anticonceptivos en el Nivel 2: - espermicida - esponjas - gel anticonceptivo	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓
Anticoncepción de emergencia	Sin cargo	No está disponible		✓
Diafragmas, capuchones cervicales y un suministro de hasta 30 días de preservativos	Sin cargo	No está disponible		✓

Ciertos productos de prevención

Descripción de Ciertos Productos de Prevención	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Los productos de nuestra lista de Servicios Preventivos que se encuentra en nuestro sitio web en kp.org/prevencion cuando los receta un Proveedor del Plan	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días	No está disponible		✓

Medicamentos para la fertilidad y la disfunción sexual

Descripción de Medicamentos para la Fertilidad y la Disfunción Sexual	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Medicamentos en el Nivel 1 recetados para tratar la Infertilidad o relacionados con los Servicios cubiertos de inseminación artificial	Sin cobertura	Sin cobertura		
Medicamentos en el Nivel 2 y en el Nivel 4 recetados para tratar la Infertilidad o relacionados con los Servicios cubiertos de inseminación artificial	Sin cobertura	Sin cobertura		
Medicamentos en el Nivel 1 recetados en relación con los Servicios de tecnología de reproducción asistida cubierta (“ART”)	Sin cobertura	Sin cobertura		

Descripción de Medicamentos para la Fertilidad y la Disfunción Sexual	Costo Compartido en una Farmacia del Plan	Costo Compartido por Correo	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Medicamentos en el Nivel 2 y el Nivel 4 recetados en relación con los Servicios de tecnología de reproducción asistida cubierta (“ART”)	Sin cobertura	Sin cobertura		
Medicamentos en el Nivel 1 recetados para los trastornos de disfunción sexual	\$7 para un suministro de hasta 30 días	\$14 para un suministro de hasta 100 días		✓
Medicamentos en el Nivel 2 y el Nivel 4 recetados para los trastornos de disfunción sexual	\$16 para un suministro de hasta 30 días	\$32 para un suministro de hasta 100 días		✓

Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios

Descripción de Servicios de Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
La cirugía y los procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos los Servicios de imágenes diagnósticas y de diagnóstico) cuando se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes externos, o en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar	\$95 por procedimiento		✓
Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba	\$30 por procedimiento		✓

Servicios Preventivos

Descripción de los Servicios Preventivos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes de bienestar de la mujer, atención de seguimiento posparto y exámenes preventivos para Miembros de 2 años y mayores	Sin cargo		✓
Exámenes preventivos de bienestar infantil para Miembros hasta los 23 meses	Sin cargo		✓
Serie normal de exámenes preventivos de atención prenatal programados regularmente después de la confirmación del embarazo	Sin cargo		✓
Inmunizaciones (incluidas las vacunas) que se le apliquen en un Consultorio Médico del Plan	Sin cargo		✓
Inmunizaciones (incluida la vacuna) contra el COVID-19 que administran los Proveedores Fuera del Plan (excepto los proveedores de Servicios de Emergencia o de Atención de Urgencia Fuera del Área)	Coseguro del 50 %		

Descripción de los Servicios Preventivos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Pruebas cutáneas de tuberculosis	Sin cargo		✓
Pruebas de detección y Servicios de asesoramiento, cuando se brindan durante un examen físico de rutina o un examen preventivo de bienestar infantil, como asesoramiento sobre la obesidad, pruebas de detección de rutina de la vista y audición, pruebas de detección de abuso de sustancias y el alcohol, educación para la salud, pruebas de detección de depresión y pruebas de desarrollo para diagnosticar y evaluar posibles retrasos en el desarrollo	Sin cargo		✓
Colonoscopias de detección	Sin cargo		✓
Sigmoidoscopias flexibles de detección	Sin cargo		✓
Pruebas de imágenes diagnósticas de rutina, como mamografías	Sin cargo		✓
Densitometrías óseas mediante TC	Sin cargo		✓
Densitometrías óseas mediante absorciometría de rayos X de energía dual (Dual Energy X-ray Absorptiometry, DEXA)	Sin cargo		✓
Análisis de laboratorio de rutina y pruebas de detección, como pruebas de detección del cáncer, pruebas de infecciones de transmisión sexual (“ITS”), pruebas de detección de colesterol y pruebas de tolerancia a la glucosa	Sin cargo		✓
Otras pruebas de detección de laboratorio, como pruebas de sangre oculta en materia fecal y pruebas de detección para la hepatitis B	Sin cargo		✓

Aparatos protésicos y ortopédicos

Descripción de los Servicios de Dispositivos Ortopédicos y Protésicos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Aparatos protésicos y ortopédicos externos, tal como se describe en esta <i>EOC</i>	Sin cargo		✓
Aparatos protésicos y ortopédicos suplementarios, como se describe en esta <i>EOC</i>	Sin cobertura		

Servicios de rehabilitación y habilitación

Descripción de los Servicios de Rehabilitación y Habilitación	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla individual para pacientes ambulatorios	\$15 por consulta		✓

Descripción de los Servicios de Rehabilitación y Habilidadación	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla grupal para pacientes ambulatorios	\$7 por consulta		✓
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida mediante un programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria de tratamiento diurno	\$15 por día		✓

Servicios de Salud Reproductiva

Servicios de Planificación Familiar

Descripción de los Servicios de Planificación Familiar	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Asesoramiento sobre planificación familiar	Sin cargo		✓
Anticonceptivos inyectables, anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada o dispositivos intrauterinos (“DIU”) y visitas al consultorio relacionadas con su inserción, extracción y administración cuando se proporcionen para prevenir el embarazo	Sin cargo		✓
Procedimientos de esterilización para Miembros asignadas mujer al nacer si se llevan a cabo en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes externos o en el quirófano de un hospital	Sin cargo		✓
Todos los demás procedimientos de esterilización para Miembros asignadas mujer al nacer	Sin cargo		✓
Procedimientos de esterilización para Miembros asignados varón al nacer si se llevan a cabo en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes externos o en el quirófano de un hospital	Sin cargo		✓
Todos los demás procedimientos de esterilización para Miembros asignados varón al nacer	Sin cargo		✓

Servicios de Aborto y relacionados con el Aborto

Descripción de los servicios de aborto y relacionados al aborto	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Aborto quirúrgico	Sin cargo		✓
Medicamentos recetados, según nuestras pautas de la lista de fármacos	Sin cargo		✓
Otros servicios relacionados al aborto	Sin cargo		✓

Servicios de Doulas del Plan

Descripción de los servicios de Doulas del Plan	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Consultas inicial, prenatal y posparto	Sin cargo		✓
Apoyo durante el trabajo de parto y el parto	Sin cargo		✓

Atención en un centro de enfermería especializada

Descripción de los Servicios de Atención en un Centro de Enfermería Especializada	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Servicios en un centro de enfermería especializada hasta por 100 días por período de beneficios*	\$125 por día hasta un máximo de \$625 por hospitalización		✓

*Un periodo de beneficios comienza en la fecha en que lo admitan a un hospital o Centro de Enfermería Especializada con un nivel de atención especializado. Un periodo de beneficios termina en la fecha en que no haya sido un paciente hospitalizado en un hospital o Centro de Enfermería Especializada para recibir un nivel de tratamiento especializado, durante 60 días consecutivos. Un nuevo periodo de beneficios puede comenzar solamente después de que haya finalizado cualquier periodo de beneficios existente. No es necesaria una hospitalización anterior de tres días en un hospital de atención de problemas médicos agudos.

Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias

Descripción de los servicios de Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Desintoxicación para pacientes hospitalizados	\$225 por día hasta un máximo de \$1,125 por hospitalización		✓
Evaluación y tratamiento individual del trastorno por abuso de sustancias	\$15 por consulta		✓
Tratamiento grupal del trastorno por abuso de sustancias	\$5 por consulta		✓
Programas intensivos para pacientes ambulatorios y de tratamiento diurno	Sin cargo		✓
Tratamiento de mantenimiento con metadona	Sin cargo		✓
Tratamiento en entorno residencial del Trastorno por abuso de sustancias	\$225 por día hasta un máximo de \$1,125 por hospitalización		✓

Consultas de telesalud

Videoconsultas interactivas

Descripción de los Servicios de Videoconsulta Interactiva	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos	Sin cargo		✓
Consultas con Especialistas Médicos	Sin cargo		✓

Consultas telefónicas programadas

Descripción de los Servicios de Consultas Telefónicas Programadas	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos	Sin cargo		✓
Consultas con Especialistas Médicos	Sin cargo		✓

Servicios para la Vista para Miembros Adultos

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Adultos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Exámenes de los ojos de rutina con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias las medidas correctivas y proporcionar una receta para anteojos	Sin cobertura		
Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$30 por consulta		✓
Consultas con Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$15 por consulta		✓
Lentes para la aniridia: hasta dos lentes de contacto por ojo Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes para la afaquia: hasta seis lentes de contacto para la afaquia por ojo Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Dispositivos para visión disminuida (incluidas la adaptación y la entrega)	Sin cobertura		

Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos

Descripción de los Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos	Copago y Coseguro	Sujeto al Deducible	Se aplica al OOPM
Exámenes de los ojos de rutina con un Optometrista del Plan para determinar si es necesario implementar medidas correctivas de la vista y proporcionar una receta para las lentes de los anteojos	Sin cargo		✓
Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$30 por consulta		✓
Consultas con Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo	\$15 por consulta		✓
Lentes para la aniridia: hasta dos lentes de contacto por ojo Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes para la afaquia: hasta seis lentes de contacto para la afaquia por ojo Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses	Sin cargo		✓
Lentes de contacto especializados por ojo (excepto lentes para la aniridia y la afaquia) que brinden una mejora significativa de la vista que no se logre con anteojos: un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluídas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses	Sin cargo		
Un par completo de anteojos en cualquier periodo de 12 meses o lentes de contacto, tal como se describe en esta EOC, en cualquier periodo de 12 meses	Sin cargo		
Un dispositivo para visión disminuida (incluidas la adaptación y la entrega) por Periodo de Acumulación	Sin cargo		

Plan CARE

La Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, “CARE”) de California estableció un sistema para que las personas con enfermedades mentales graves sean evaluadas y se les dé un plan de tratamiento desarrollado por una agencia de salud del comportamiento del condado (“Plan CARE”). Si un Miembro tiene un Plan CARE aprobado por el tribunal, cubrimos los Servicios necesarios de acuerdo con el plan siempre que los proporcionen Proveedores del Plan o Proveedores fuera del Plan sin cargo, a excepción de los medicamentos recetados. Los medicamentos recetados que se requieran conforme a un Plan CARE aprobado por el tribunal están sujetos al mismo Costo Compartido que los medicamentos que receten los Proveedores del Plan, tal como se describe en el Resumen del Costo Compartido, y también están sujetos a la autorización previa por parte del Plan de Salud. Llame a Servicios a los Miembros para hacernos saber que tiene un Plan CARE aprobado por el tribunal.

Introducción

Este *Acuerdo de Membresía, Evidencia de Cobertura y Formulario de Revelación Combinados* (“*EOC*”) describe la cobertura de atención médica del plan Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO. Esta *EOC*, sus Primas incluidas en sus materiales de renovación y que se incluyen en esta *EOC* como referencia, así como cualquier enmienda, constituyen el contrato legalmente vinculante entre Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan de Salud”) y el Suscriptor.

Para obtener información sobre los beneficios que se proporcionan en cualquier otro programa, consulte la evidencia de cobertura de ese plan.

Al inscribirse en otra cobertura disponible a través del Plan de Salud, la evidencia de cobertura de ese otro plan no podrá cancelarse sin cancelar la cobertura de esta *EOC*, a menos que el cambio se haga durante el período de inscripción abierta o durante un período de inscripción especial.

En esta *EOC*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro(a)”. Algunas veces nos referimos a los Miembros como “usted”. Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta *EOC*; consulte la sección “Definiciones” para ver los términos que debe conocer.

Es importante leer por completo esta *EOC* para familiarizarse con las condiciones de cobertura y poder aprovechar al máximo todos los beneficios de su Plan de Salud. Además, si necesita atención médica especial, lea cuidadosamente las secciones que se aplican a su caso.

Sobre Kaiser Permanente

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉNES O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDEN PROPORCIONARLE ATENCIÓN MÉDICA.

Al suscribirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su “Región Base”. El Área de Servicio de cada Región se describe en la sección “Definiciones” de esta *EOC*.

La información sobre la cobertura que se presenta en esta *EOC* se aplica cuando usted recibe atención en su Región Base. Cuando visita la otra Región de California, puede recibir atención según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Kaiser Permanente brinda servicios directamente a nuestros Miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y el Grupo Médico trabajan juntos para proporcionar atención de calidad

a todos los Miembros. Por medio de nuestro programa de atención médica, usted tiene acceso a todos los servicios cubiertos que necesite, tal como atención de rutina con su médico personal del plan, servicios de hospital, servicios de laboratorio y farmacia, servicios de emergencia y atención de urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *EOC*. Además, nuestros programas de educación para la salud le enseñan excelentes maneras de proteger y mejorar su salud.

Proporcionamos Servicios cubiertos a los Miembros por medio de Proveedores del Plan ubicados en el Área de Servicio de su Región Base, que se describe en la sección “Definiciones”. Debe recibir toda la atención médica cubierta de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio de su Región Base, excepto según se describe en las secciones que se indican a continuación para los siguientes Servicios:

- Referidos autorizados, como se describe en el título “Cómo Obtener un Referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”
- Servicios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo Obtener Servicios”
- Servicios relacionados con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos”, en la sección “Beneficios”
- Servicios de ambulancia de emergencia, según se describen en “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”
- Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- Cuidados paliativos, como se describe en “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”

Vigencia de esta EOC, Renovación y Enmienda

Vigencia de esta EOC

Esta *EOC* entrará en vigor a partir de la fecha de vigencia de la membresía que aparece en la carta de aceptación del Suscriptor y seguirá vigente hasta que ocurra alguno de los siguientes:

- Se realicen enmiendas a la *EOC*, según se describe en la sección “Introducción” bajo el título “Enmiendas a la *EOC*”
- No haya más Miembros de su Familia cubiertos por esta *EOC*

Nota: Su membresía podrá ser cancelada o anulada, incluso si esta *EOC* se mantiene vigente para otros Miembros cubiertos de su Familia. En la sección “Cancelación de la Membresía”, se explica cómo se podrá cancelar o anular la membresía.

Renovación

Si usted cumple todos los términos de esta *EOC*, la renovaremos automáticamente cada año, a partir del 1 de enero. Los términos de la *EOC* serán los mismos cuando se renueve, a menos que hagamos una enmienda de la *EOC* como se describe en “Enmienda a la *EOC*” de la sección “*Vigencia de esta EOC, Renovación y Enmienda*”.

Enmienda a la EOC

De acuerdo con “Avisos Relacionados con su Cobertura” en la sección “Otras Disposiciones”, **podremos enmendar esta *EOC* (incluidas las Primas y los beneficios) en cualquier momento al enviar una notificación por escrito al Suscriptor al menos 15 días antes del inicio del período de inscripción abierta anual o 60 días antes de la fecha de vigencia de la enmienda.**

Una enmienda podrá entrar en vigor antes de la finalización del período para el cual ya ha pagado sus Primas, y es posible que deba pagar Primas adicionales para ese período. Se considera que el Suscriptor acepta todas las enmiendas, a menos que envíe una notificación por escrito indicando lo contrario en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la notificación, en cuyo caso, esta *EOC* finalizará el día anterior a la fecha de vigencia de la enmienda.

Si informamos al Suscriptor que no obtuvimos todas las aprobaciones gubernamentales correspondientes asociadas a esta *EOC*, podemos enmendarla si enviamos una notificación por escrito al Suscriptor después de recibir todas las aprobaciones gubernamentales necesarias, conforme a lo indicado en el título “Avisos Relacionados con su Cobertura” de la sección “Otras Disposiciones”. Estas disposiciones aprobadas por el gobierno tendrán vigencia a partir del 1 de enero de 2025 (a menos que el gobierno indique una fecha de vigencia posterior).

Definiciones

Algunos términos tienen un significado especial en esta *EOC*. Cuando utilizamos un término que tiene un significado especial solo en una sección de esta *EOC*, el término se define en esa sección. Los términos de la sección “Definiciones” tienen un significado especial cuando se escriben con mayúscula inicial y se usan en cualquier sección de esta *EOC*.

Período de Acumulación: Un periodo no mayor a 12 meses consecutivos para acumular montos para los deducibles (si corresponde), los gastos máximos de bolsillo y los límites

de beneficios. Por ejemplo, el Período de Acumulación puede ser un año calendario o un contrato anual. El Período de Acumulación para esta *EOC* es desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Asignación: Un monto específico que se le acredita a usted para comprar un artículo. Si el precio de los artículos excede la Asignación, usted deberá pagar la diferencia (y este pago no se aplicará al deducible ni al gasto máximo de bolsillo).

Cobertura Auxiliar: Beneficios opcionales, como cobertura de acupuntura, de quiropraxia o dental, que pueden estar disponibles para los Miembros inscritos en virtud de esta *EOC*. Si su plan incluye Cobertura Auxiliar, esta cobertura se describirá en una enmienda a esta *EOC* o en un acuerdo por separado del emisor de la cobertura. Nota: La cobertura dental pediátrica no se considera una Cobertura Auxiliar opcional.

Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista: Servicios Profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis del comportamiento aplicado y programas de modificación del comportamiento basados en evidencia que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista (o tratan afecciones de salud mental distintas del trastorno del espectro autista cuando este tratamiento está clínicamente indicado) y que cumplen con los siguientes criterios:

- Un Médico del Plan receta el tratamiento, o un Proveedor del Plan que sea psicólogo lo desarrolla.
- El tratamiento es administrado por un Proveedor del Plan que es un proveedor calificado de servicios para tratar el autismo, un profesional calificado de servicios para tratar el autismo o un paraprofesional calificado de servicios para tratar el autismo, según se define en la sección 1374.73(c) del Código de Salud y Seguridad de California.

Cargos: “Cargos” significa lo siguiente:

- En el caso de los Servicios prestados por el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el calendario del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por Servicios prestados a los Miembros.
- En el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos en el calendario 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 de 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 es una estimación de: los costos por la compra, el almacenamiento y la entrega 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 los Servicios de ambulancia aérea que presten Proveedores Fuera del Plan cuando tiene un Problema Médico de Emergencia, el monto que el Plan de Salud debe pagar de conformidad con la ley federal
- En el caso de los demás Servicios de Emergencia recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluida la Atención de Postestabilización que constituye Servicios de Emergencia según la ley federal), el monto que debe pagar el Plan de Salud de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal
- En el caso de los otros Servicios recibidos de Proveedores Fuera del Plan (incluidos los Servicios de Postestabilización que no son Servicios de Emergencia de acuerdo con la ley federal), el monto (1) que se debe pagar de conformidad con la ley estatal, cuando corresponda, o la ley federal, o (2) en el caso de que no se aplique ninguna ley estatal o federal que prohíba la facturación del saldo, entonces el monto acordado por el Proveedor Fuera del Plan y el Plan de Salud o, en ausencia de dicho acuerdo, la tarifa habitual, acostumbrada y razonable por esos servicios según lo determine el Plan de Salud según criterios objetivos
- En el caso de cualquier otro Servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los Servicios o, si Kaiser Permanente resta su Costo Compartido de los pagos, la cantidad que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado su Costo Compartido.

Red de la PPO de Cigna Healthcare: La red de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Cigna Healthcare hace referencia a los proveedores de atención médica (médicos, hospitales, especialistas) contratados como parte de un acuerdo de administración de recursos compartidos llamado Cigna Healthcare PPO for Shared Administration.

Cigna Healthcare es una compañía independiente y no está afiliada a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ni a sus planes de salud subsidiarios. El acceso a la red de la PPO de Cigna Healthcare está disponible a través de una relación contractual entre Cigna Healthcare y los planes de salud de Kaiser Permanente. La red de la PPO de Cigna Healthcare es proporcionada exclusivamente por The Cigna Group o a través de sus subsidiarias en funcionamiento, incluida Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre, el logotipo y otras marcas de Cigna Healthcare son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Coseguro: Un porcentaje de los Cargos que usted debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto en los términos de esta EOC.

Copago: Una cantidad específica en dólares que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos según esta EOC.

Nota: La cantidad en dólares del Copago puede ser \$0 (sin cargo).

Costo Compartido: Es la cantidad 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 por esos Servicios serán Cargos hasta que alcance el Deducible del Plan. De igual manera, si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos y recibe Servicios que están sujetos a este Deducible de Medicamentos, su Costo Compartido por dichos Servicios serán Cargos hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

Dependiente: Un Miembro que cumple los requisitos de elegibilidad como Dependiente (consulte los requisitos de elegibilidad para los Dependientes en “Quién Es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).

Formulario de Revelación (Disclosure Form, “DF”): Un resumen de la cobertura para futuros Miembros. Para algunos productos, el DF se combina con la evidencia de cobertura.

Deducible de Medicamentos: El Monto que debe pagar conforme a esta EOC durante el Período de Acumulación por determinados medicamentos, suministros y suplementos antes de que cubramos esos Servicios al Copago o Coseguro correspondiente en dicho Período de Acumulación. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para saber si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos, los Servicios que están sujetos al Deducible de Medicamentos y el monto del Deducible de Medicamentos.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos (incluido dolor intenso) que llevaría a alguien a creer razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría ocasionar alguna de las siguientes situaciones:

- Poner en grave riesgo la salud de la persona (o, en el caso de una persona embarazada, la salud de tal persona o del bebé en gestación)
- Disfunción grave de las funciones del organismo
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Un trastorno de salud mental es una Condición Médica de Emergencia cuando cumple los requisitos indicados en el párrafo anterior o cuando la condición médica se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad que provoca algo de lo siguiente:

- 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: Todo lo que se describe a continuación con respecto a una Condición Médica de Emergencia:

- Un examen de evaluación médica que está dentro de la competencia del Departamento de Emergencias de un hospital o un Departamento de Emergencias independiente, lo que incluye servicios auxiliares (tales como Servicios de imágenes diagnósticas y de laboratorio) disponibles de manera habitual en el Departamento de Emergencias para evaluar la Condición Médica de Emergencia.
- Dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones con las que cuente el centro de atención, el examen y tratamiento 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 Postestabilización y que no son Servicios de Emergencia).
- La Atención de Postestabilización que proporcione un Proveedor Fuera del Plan está cubierta por los Servicios de Emergencia cuando se aplica la ley federal, tal como se describe en “Atención de Postestabilización” en la sección “Servicios de Emergencia”.

EOC: Este documento del *Acuerdo de Membresía, Formulario de Revelación y Evidencia de Cobertura Combinados* que describe su cobertura del Plan de Salud. Esta EOC, sus Primas, incluidas en sus materiales de renovación y que se incorporan en esta EOC como referencia, así como cualquier enmienda, constituye el contrato legal vinculante entre el Plan de Salud y el Suscriptor.

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una corporación sin fines de lucro de California. El Plan de Salud es un plan de servicios de atención para la salud autorizado por el Departamento de Atención Médica Administrada para ofrecer cobertura de atención médica. En esta EOC a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro(a)”.

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

Infertilidad: La incapacidad de una persona para concebir un embarazo o llevar un embarazo a término con recién nacido vivo, ya sea individualmente o con su pareja; o la determinación de Infertilidad por parte de un Médico del Plan, basada en el historial médico, sexual y reproductivo del paciente, su edad, sus hallazgos físicos, sus pruebas de diagnóstico o cualquier combinación de esos factores.

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

Estado en el que opera Kaiser Permanente: California, Colorado, el Distrito de Columbia, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington.

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

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Para los Servicios relacionados con la salud mental o el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, un Servicio se considera Necesario desde el Punto de Vista Médico si satisface sus necesidades específicas con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, lo que incluye minimizar la progresión de esa enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, de una manera que cumpla con todos los siguientes puntos:

- Está en concordancia con los estándares generalmente aceptados de la atención de trastornos de salud mental y por abuso de sustancias.
- Es apropiado desde el punto de vista clínico en términos de tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración.
- El propósito principal no es para el beneficio económico del plan de servicios de atención para la salud 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: El programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen insuficiencia renal crónica en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro: Una persona que es elegible y que está inscrita de acuerdo con esta EOC y por quien hemos recibido las Primas correspondientes. En esta EOC, a veces se hace referencia a los Miembros como “usted”.

Consultas con Especialistas No Médicos: Consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros especialistas, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos). En el caso de los Servicios que se describen en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la sección de “Beneficios”, los especialistas no médicos incluyen a los dentistas y ortodoncistas.

Hospital Fuera del Plan: Cualquier hospital que no sea un Hospital del Plan.

Médico Fuera del Plan: Cualquier médico que no sea un Médico del Plan.

Proveedor Fuera del Plan: Cualquier proveedor que no sea un Proveedor del Plan.

Psiquiatra Fuera del Plan: Cualquier psiquiatra que no sea un Médico del Plan.

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 imprevista de una condición médica existente (incluido el embarazo), si se cumple todo lo siguiente:

- 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

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

Deducible del Plan: El monto que debe pagar de acuerdo con esta *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. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para saber si su cobertura incluye un Deducible del Plan, los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan y el monto del Deducible del Plan.

Doula del Plan: Una trabajadora de parto contratada que proporciona apoyo físico, emocional y no médico a las personas embarazadas y en periodo de posparto antes, durante y después del parto.

Centro del Plan: Cualquier centro de atención incluido en el Directorio de Proveedores (Provider Directory) que puede consultar en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”). Los Centros del Plan incluyen los Hospitales del Plan, los Consultorios Médicos del Plan y cualquier otro centro de atención que designemos en el directorio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los centros del plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Hospital del Plan: Cualquier hospital que se encuentre en el Directorio de Proveedores que puede consultar en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”). En el directorio, algunos Hospitales del Plan se encuentran como Centros Médicos de Kaiser Permanente. El directorio se

actualiza con regularidad. Es posible que cambie la disponibilidad de Hospitales del Plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Consultorio Médico del Plan: Cualquier consultorio médico que se encuentre en el Directorio de Proveedores que puede consultar en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”). En el directorio, los centros médicos de Kaiser Permanente pueden incluir los Consultorios Médicos del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Oficina de Venta de Productos Ópticos del Plan: Una oficina de venta de productos ópticos que sea propiedad de y esté dirigida por Kaiser Permanente u otra oficina de venta de productos ópticos que designemos. Consulte en el Directorio de Proveedores de nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”) las ubicaciones de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan. En el directorio, las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan podrían recibir el nombre de “Vision Essentials”. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Optometrista del Plan: Un optometrista que es Proveedor del Plan.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan: El monto total de Costo Compartido que debe pagar según esta *EOC* en el Período de Acumulación por ciertos Servicios cubiertos que reciba durante el mismo Período de Acumulación. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” para conocer la cantidad de Gastos Máximos de Bolsillo del Plan y para saber qué Servicios se tienen en cuenta para los Gastos Máximos de Bolsillo del Plan.

Farmacia del Plan: Una farmacia que sea propiedad de y esté dirigida por Kaiser Permanente u otra farmacia que nosotros designemos. Consulte en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en “Español”) las ubicaciones de las Farmacias del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Farmacias del Plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Grupo Médico, o cualquier médico certificado contratado para prestar Servicios a nuestros Miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar Servicios de referidos).

Proveedor del Plan: Un Hospital del Plan, un Médico del Plan, el Grupo Médico, una Farmacia del Plan o cualquier otro proveedor de atención médica que el Plan de Salud designe como Proveedor del Plan.

Centro de Enfermería Especializada del Plan: Un Centro de Enfermería Especializada que el Plan de Salud apruebe.

Atención de Postestabilización: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico relacionados con su Condición Médica de Emergencia que reciba en un hospital (incluido el Departamento de Emergencias), un Departamento de Emergencias independiente o un centro de enfermería especializada después de que su médico tratante determine que esta condición se ha Estabilizado. La Atención de Postestabilización también incluye equipo médico duradero cubierto conforme a esta EOC, si es Necesario desde el Punto de Vista Médico después de recibir el alta de un Departamento de Emergencias y si está relacionado con la misma Condición Médica de Emergencia. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero cubierto conforme a esta EOC, consulte “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios”.

Primas: Los cargos periódicos por membresía que paga cada miembro o que se pagan en representación de cada Miembro. Las Primas son adicionales a cualquier Costo Compartido. A veces se hace referencia a su Prima como su “tarifa”. “Primas Totales” significa el 100 por ciento de las Primas para toda la cobertura emitida para cada Miembro inscrito.

Servicios Preventivos: Servicios cubiertos que evitan o detectan enfermedades o proporcionan uno o más de los siguientes:

- protección contra enfermedades y discapacidad, o el avance de una enfermedad
- detección de enfermedades en sus etapas más tempranas antes de que se desarrollen síntomas evidentes

Médicos de Atención Primaria: Médicos generales orientados a la medicina interna, pediatría y medicina familiar, y especialistas en obstetricia y ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”) para obtener una lista de los médicos que están disponibles como Médicos de Atención Primaria. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Atención Primaria podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Consultas de Atención Primaria: Evaluaciones y tratamiento que proporcionan Médicos de Atención Primaria y Proveedores del Plan de atención médica primaria que no son médicos (como enfermeros especialistas).

Directorio de Proveedores: Un directorio de los Médicos del Plan y los Centros de Atención del Plan en su Región Base. Este directorio está disponible en nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en "Español"). Para obtener una copia impresa, llame a Servicios a los Miembros El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los médicos

y los centros del plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Región: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las Regiones pueden cambiar el 1 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes del Norte de California, del Sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de los centros de la Región, visite nuestro sitio web, kp.org/espanol, o llame a Servicio a los Miembros.

Área de Servicio: El Plan de Salud tiene dos Regiones en California. Como Miembro, usted se inscribe en una de las dos Regiones (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su Región Base. Esta EOC describe la cobertura de ambas Regiones de California.

Área de Servicio de la Región Norte de California

Los siguientes códigos postales de cada condado están 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 de la Región Norte de California: 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 del condado de Amador están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95640, 95669.
- Todos los códigos postales del Condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 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 de El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 del Condado de Kings están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656

- Los siguientes códigos postales del Condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79
- Los siguientes códigos postales del Condado de Mariposa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93601, 93623, 93653
- Los siguientes códigos postales del condado de Monterey están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93901, 93902, 93905, 93906, 93907, 93912, 93915, 93933, 93955, 93962, 95004, 95012, 95039, 95076
- Todos los códigos postales del Condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765
- Todos los códigos postales del Condado de Sacramento están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244-45, 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 de la Región Norte de California: 94102-05, 94107-12, 94114-34, 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 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 de la Región Norte de California: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836-7
- Los siguientes códigos postales del Condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
- Los siguientes códigos postales del Condado de Yolo están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99
- Los siguientes códigos postales del Condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95692, 95903, 95961

Área de Servicio de la Región Sur de California

Los siguientes códigos postales de cada condado están en nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California:

- Los siguientes códigos postales del Condado de Imperial están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 92274- 75
- Los siguientes códigos postales del Condado de Kern están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 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 de la Región Sur de California: 90001- 84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90099, 90134, 90140, 90189, 90201-02, 90205, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-33, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 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, 91324-28, 91330-31, 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, 91601-10, 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 de la Región Sur de California: 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 de la Región Sur de California: 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 de la Región Sur de California: 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 de la Región Sur de California: 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 de la Región Sur de California: 93238, 93261
- Los siguientes códigos postales del Condado de Ventura están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Sur de California: 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 de su Región Base incluye solo la parte del código postal que pertenezca a ese condado. Cuando un código postal abarca más de un condado, la parte de este código postal que pertenezca a otro condado no estará dentro del Área de Servicio de su Región Base, a menos que ese otro condado esté incluido en la lista anterior y ese código postal también esté incluido para ese otro condado.

Por favor, llame a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta acerca de si un código postal está en el Área de Servicio de su Región Base.

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

Servicios: Los servicios o artículos de atención para la salud (“atención médica” incluye la atención médica, tanto física como mental, y el tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias) y el Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista cubierto en “Servicios de Salud Mental” en la sección “Beneficios”.

Centro de Enfermería Especializada: Un centro de atención autorizado por el estado de California que brinda atención de enfermería especializada a pacientes hospitalizados, servicios de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados. La actividad principal del centro de atención debe ser la prestación de atención autorizada de enfermería especializada las 24 horas del día. El término “Centro de Enfermería Especializada” no incluye los centros de adultos mayores convalecientes y personas con discapacidad, los centros de descanso ni los centros para personas mayores, si la actividad principal de estos lugares es brindar atención de custodia, incluida la capacitación para rutinas de la vida diaria. Un “Centro de Enfermería Especializada” también puede ser una unidad o sección dentro de otro centro (por ejemplo, un hospital), siempre y cuando cumpla los términos de esta definición.

Cónyuge: La persona con la que el Suscriptor está legalmente casado según la ley correspondiente. Para los fines de esta EOC, el término “Cónyuge” incluye a la pareja doméstica del Suscriptor. “Pareja doméstica” son dos personas registradas y reconocidas legalmente como pareja doméstica por California.

Estabilizar: Proporcionar el tratamiento médico para la Condición Médica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro importante de la condición 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 hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto (o el traslado puede representar un riesgo para la salud o la seguridad de la persona embarazada o el bebé en gestación), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

Suscriptor: Un Miembro que es elegible para tener una membresía en su nombre, y no por ser Dependiente, y por quien hemos recibido las Primas correspondientes.

Acuerdo de Maternidad Subrogada: Un acuerdo mediante el cual 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). El embarazo puede producirse de cualquier manera, incluidas, entre otras, la fecundación por inseminación artificial, inseminación intrauterina, fecundación in vitro o implantación quirúrgica de un óvulo fecundado de otra persona. Para los fines de esta EOC, “Acuerdos de Maternidad Subrogada” aplica para todos los tipos de acuerdos de maternidad subrogada, incluidos los acuerdos de maternidad subrogada tradicional y gestacional.

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

Atención de Urgencia: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar una condición que requiere atención médica inmediata, pero que no es una Condición Médica de Emergencia.

Primas, Elegibilidad e Inscripción

Primas

Según la EOC, solo contarán con cobertura los Miembros que paguen las Primas Totales en tiempo y forma, y solamente durante el periodo por el que hayamos recibido el pago requerido de la Prima. Usted debe pagar con anticipación las Primas incluidas en sus materiales de renovación para cada mes a más tardar el último día del mes anterior. Cuando se trate de pagos electrónicos, los cheques devueltos o los fondos insuficientes podrían estar sujetos a una tarifa. Si no recibimos el pago de su Prima antes de la fecha límite, podremos cancelar su membresía, como se describe en “Cancelación por Falta de Pago de las Primas” en la sección “Cancelación de la Membresía”.

Fecha de vigencia de las Primas para nuevos Miembros

Las Primas entran en vigor el mismo día en que la nueva cobertura del Miembro se haga efectiva. Para saber las fechas efectivas para la inscripción abierta, consulte “Periodo de inscripción abierta” en “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”. Para obtener información sobre las fechas de vigencia para la inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame a Servicio a los Miembros.

Cuándo podrían cambiar sus Primas

Podríamos modificar las Primas que se incluyen en sus materiales de renovación al enviar un aviso por escrito al menos 60 días antes de la fecha de vigencia de la enmienda, como se describe en “Enmienda a la EOC” en “Vigencia de esta EOC, Renovación y Enmienda” de la sección “Introducción”.

Además, sus Primas pueden cambiar de la siguiente manera:

- Cuando agregue un nuevo Dependiente, las Primas entrarán en vigor como se describe en “Fechas de entrada en vigor de las Primas para Miembros nuevos” en esta sección de “Primas”.
- Cuando cancele Dependientes o se mude a un área con tarifas diferentes, cualquier cambio en las Primas entrará en vigor al mismo tiempo que el cambio entre en vigor.

- Cuando pasa a un nuevo grupo de edad, cualquier cambio en las Primas entrará en vigor al momento de la renovación. Nota: Si en su solicitud de cobertura médica la fecha de nacimiento es incorrecta, las Primas se ajustarán para reflejar la edad correcta a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para el año del plan actual.

Para ver cómo este tipo de cambios puede afectar su tarifa, consulte kp.org/compareplans (en inglés) o llame a Servicios a los Miembros.

Si una agencia del gobierno o alguna otra autoridad relacionada con el pago de impuestos aplica o aumenta un impuesto u otro cargo (excepto un impuesto a los ingresos netos o que se calcule con este valor) sobre el Plan de Salud o los Proveedores del Plan (o sobre cualquiera de sus actividades), es posible que aumentemos las Primas para incluir el porcentaje que le corresponde del impuesto o cargo nuevo o aumentado, al enviar un aviso por escrito al Suscriptor por lo menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio. El porcentaje que le corresponde se calcula al dividir el número de Miembros inscritos en su Familia entre el número total de Miembros inscritos dentro del Área de Servicio de su Región Base.

Primas para Cobertura Auxiliar

Si ha elegido una Cobertura Auxiliar proporcionada por cualquier otro programa, la Prima por dicha Cobertura Auxiliar se facturará junto con las Primas requeridas para la cobertura conforme a esta *EOC*. Las Primas Totales también incluirán las Primas para la Cobertura Auxiliar. Esto significa que si no paga las Primas Totales que debe antes de la fecha de vencimiento, podríamos cancelar su membresía conforme a esta *EOC* y cualquier Cobertura Auxiliar, como se describe en la sección “Cancelación por Falta de Pago de las Primas”.

Quién es Elegible

Para inscribirse y continuar la inscripción, debe reunir todos los requisitos de elegibilidad descritos en esta sección “Quién Es Elegible”.

Requisitos de elegibilidad del Área de Servicio si está inscrito por medio de Covered California

Al suscribirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su “Región Base”. El Área de Servicio de cada Región se describe en la sección “Definiciones” de esta *EOC*. El Suscriptor debe residir en el Área de Servicio de una de nuestras Regiones de California. La información sobre la cobertura que se presenta en esta *EOC* se aplica cuando usted recibe atención en su Región Base. Cuando visita la otra Región de California, puede recibir atención según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de

Servicio de su Región Base” en la sección “Cómo Obtener Servicios” de esta *EOC*.

Requisitos de elegibilidad del Área de Servicio si está inscrito directamente en Kaiser Permanente

Al suscribirse a Kaiser Permanente, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su “Región Base”. El Área de Servicio de cada Región se describe en la sección “Definiciones” de esta *EOC*. El Suscriptor debe residir en el Área de Servicio de una de nuestras Regiones de California en el momento en que se inscriba. La información sobre la cobertura que se presenta en esta *EOC* se aplica cuando usted recibe atención en su Región Base. Cuando visita la otra Región de California, puede recibir atención según se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base” en la sección “Cómo Obtener Servicios” de esta *EOC*.

Si el Suscriptor se muda de su Región Base a la otra Región de California, transferiremos la membresía del Suscriptor y de todos los Dependientes al Individuals and Families Plan en esa Región que se parezca más a este plan. Se mantendrá la vigencia de todos los términos y condiciones de la solicitud de cobertura médica, incluidas las Condiciones de Aceptación y el Acuerdo de Arbitraje. Le proporcionaremos al Suscriptor la fecha de vigencia de la cobertura y una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente para cada Miembro de la Familia con un nuevo número de historia clínica. Para obtener más información sobre las primas que corresponden a la otra Región de California, visite kp.org/compareplans (en inglés) o llame a Servicio los Miembros.

Si el Suscriptor se muda al área de servicio de una Región fuera de California, podrá solicitar la membresía en esa Región si se comunica con el Departamento de Servicio a los Miembros o de Servicio al Cliente de ese lugar, pero el plan, que incluye la cobertura, las primas y los requisitos de elegibilidad, podría no ser el mismo que el que corresponde a esta *EOC*.

Si el Suscriptor se muda a otra parte fuera del Área de Servicio de su Región Base después de la inscripción, podrá mantener su membresía siempre y cuando cumpla con todos los demás requisitos de elegibilidad. Sin embargo, debe recibir los Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio de su Región Base, excepto según se describe en las secciones que se indican a continuación para los siguientes Servicios:

- Referidos autorizados, como se describe en el título “Cómo Obtener un Referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”
- Servicios Cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo Obtener Servicios”

- Servicios relacionados con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos”, en la sección “Beneficios”
- Servicios de ambulancia de emergencia, según se describen en “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”
- Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- Cuidados paliativos, como se describe en “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”

Elegibilidad como Dependiente

Inscripción de un Dependiente

Si es un Suscriptor, las siguientes personas son elegibles para inscribirse como sus Dependientes:

- Su Cónyuge
- Los hijos Dependientes suyos o de su Cónyuge que cumplan con los requisitos descritos en la sección “Límite de Edad para Niños Dependientes”, si cumplen con estas condiciones:
 - ◆ hijos biológicos
 - ◆ hijastros
 - ◆ hijos adoptados
 - ◆ niños entregados a usted en adopción
 - ◆ hijos adoptivos si usted o su Cónyuge tienen la autoridad legal para dar instrucciones sobre su cuidado
 - ◆ niños de quienes usted o su cónyuge sean tutores legales (o lo hayan sido cuando cumplieron 18 años)
- Niños cuyo padre o madre sea un menor Dependiente en virtud de su cobertura familiar (incluidos los hijos adoptados y los niños entregados a su menor Dependiente en adopción o cuidados de crianza) si cumplen con todos los requisitos que se indican a continuación:
 - ◆ no están casados y no tienen una pareja doméstica (para los fines de este requisito únicamente, “pareja doméstica” se refiere a alguien que está registrado y es legalmente reconocido como pareja doméstica en California)
 - ◆ cumplen con los requisitos descritos en la sección “Límite de Edad para Niños Dependientes”
 - ◆ reciben todo el sustento y la manutención de usted o de su Cónyuge
 - ◆ viven con usted o con su Cónyuge en forma permanente
- Padres, madres, padrastros o madrastras que cumplan los requisitos para ser un pariente calificado según la Sección 152(d) del Título 26 del Código de Estados Unidos y que vivan o residan dentro del Área de Servicio de su Región Base

Si tiene un bebé

Si tiene un bebé mientras está inscrito de acuerdo con esta EOC, el bebé no se inscribe automáticamente en este plan. El Suscriptor debe solicitar la inscripción del bebé, tal como se describe en “Inscripción Especial” en la sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura” a continuación. Si el Suscriptor no solicita la inscripción dentro del periodo de inscripción especial, el bebé solo estará cubierto según este plan durante 31 días (incluido el día del nacimiento).

Límite de edad para niños Dependientes

Los niños deben ser menores de 26 años en la fecha de vigencia de esta EOC para inscribirse como Dependientes en su plan.

Los niños Dependientes son elegibles para permanecer en el plan hasta el final del año calendario, siempre y cuando estén dentro del límite de edad en la fecha de vigencia de esta EOC.

Los niños Dependientes del Suscriptor o del Cónyuge (incluidos los hijos adoptados y los niños entregados a usted en adopción) que alcanzan el límite de edad pueden seguir recibiendo cobertura conforme a esta EOC si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Cumplen todos los requisitos para ser Dependientes excepto por el límite de edad
- Son incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse debido a una lesión, enfermedad o condición que los haya discapacitado física o mentalmente antes de que alcanzaran la edad límite para Dependientes
- Reciben el 50 por ciento o más del sustento y de la manutención de parte de usted o de su Cónyuge
- Si se requiere, tiene que entregar pruebas de su discapacidad y dependencia en el lapso de 60 días a partir del momento en el que reciba nuestra solicitud (consulte “Certificación de Dependiente con Discapacidad” a continuación en la sección “Elegibilidad como Dependiente”)

Certificación de Dependiente con Discapacidad

Es posible que se requiera una prueba para que un dependiente pueda continuar con la cobertura como Dependiente con discapacidad. Si lo solicitamos, el Suscriptor deberá proporcionarnos la documentación que acredite la incapacidad y la dependencia del dependiente de la siguiente manera:

- Si el niño es Miembro, enviaremos al Suscriptor un aviso que indique la cancelación de la membresía del

Dependiente debido a la pérdida de elegibilidad por alcanzar el límite de edad al menos 90 días antes de la fecha en que finalice la cobertura. La membresía del Dependiente terminará como se describe en nuestro aviso a menos que el Suscriptor nos proporcione los documentos que demuestren la incapacidad y la dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días después de la recepción de nuestro aviso y determinemos si el Dependiente es elegible para ser considerado como un dependiente con discapacidad. Si el Suscriptor nos proporciona esta documentación en el período especificado y no hemos determinado la elegibilidad antes de la fecha de cancelación, la cobertura continuará hasta que tomemos una decisión. Si determinamos que el Dependiente no reúne los requisitos de elegibilidad como dependiente con discapacidad, notificaremos al Suscriptor que el Dependiente no es elegible e informaremos al Suscriptor cuál es la fecha de cancelación de la membresía. Si determinamos que el Dependiente es elegible para ser considerado un dependiente con discapacidad, la cobertura no expirará. Además, a los dos años a partir de la fecha en la que el Dependiente alcanzó el límite de edad, el Suscriptor debe proporcionarnos documentos que demuestren la incapacidad y dependencia del Dependiente cada año dentro de los 60 días posteriores a partir de que los solicitamos para que podamos determinar si el Dependiente continúa siendo elegible como dependiente con discapacidad.

- Si el niño no es Miembro porque usted está cambiando de cobertura, deberá enviarnos una prueba de la discapacidad y dependencia del niño, así como una prueba de la cobertura anterior, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que la solicitamos. En el futuro, deberá proporcionarnos una prueba de la discapacidad y la dependencia permanente del niño, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que la solicitamos, pero no más de una vez cada año.

Personas que tienen prohibido inscribirse

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

Miembros con Medicare

Este plan no se ofrece para la mayoría de los beneficiarios de Medicare. Si es elegible para Medicare ahora o en el futuro durante la vigencia de esta *EOC*, podrá inscribirse en Kaiser Permanente Senior Advantage. Las primas y la cobertura de nuestro plan Senior Advantage son diferentes de las que se mencionan en esta *EOC*.

Penalizaciones por inscripción tardía en Medicare

Si reúne los requisitos para Medicare Parte B y no se inscribe, Medicare puede pedirle que pague una penalización por inscripción tardía si más tarde se inscribe en Medicare

Parte B. Sin embargo, si se demora en inscribirse en la Parte B porque usted o su cónyuge todavía están trabajando y tienen la cobertura por medio de un plan de salud grupal de su empleador, es posible que no tenga que pagar la penalización. Además, si reúne los requisitos para Medicare ahora o en el futuro y no tiene una cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura de medicamentos que sea por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare Parte D) durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si se suscribe más adelante a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare ahora o en el futuro, le enviaremos una notificación que le comunicará si su cobertura de medicamentos conforme a esta *EOC* es una cobertura de medicamentos recetados acreditable a la fecha requerida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y cuando usted lo solicite. Para obtener más información, llame a Servicio a los Miembros.

Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura

Cómo puede inscribirse por medio de Covered California

Para solicitar su inscripción, debe presentar una solicitud completada a Covered California, junto con cualquier otra información que le soliciten. Para obtener información sobre cómo solicitar un plan por medio de Covered California, visite el sitio web de Covered California en coveredca.com/espanol/ o llame al Centro de Servicio de Covered California al número que se indica en “Cómo Comunicarse con Covered California” en la sección “Información Útil”.

Cómo inscribirse directamente en Kaiser Permanente

Cuando solicita la inscripción por primera vez, debe presentar una solicitud completa de la cobertura médica para el Suscriptor y sus Dependientes. Si es elegible para Medicare Parte A o tiene Medicare Parte B, no podrá inscribirse porque este plan duplicaría sus beneficios de Medicare. El periodo de inscripción abierta anual se describe en “Periodo de inscripción abierta” en la sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”. Para obtener información sobre los periodos de inscripción especiales, consulte la “Inscripción Especial” en esta sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”. Si está solicitando la inscripción de acuerdo con la sección “Inscripción Especial”, se le solicitará que proporcione la documentación que acredite que ha tenido un evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual).

Si ya se ha inscrito como Suscriptor y quiere solicitar la inscripción de un Dependiente durante el período de

inscripción abierta anual o durante un período de inscripción especial, deberá llenar y presentar un formulario de cambios en la cuenta. El periodo de inscripción abierta anual se describe en “Período de inscripción abierta” en la sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”. Para obtener información sobre los periodos de inscripción especiales, consulte la “Inscripción Especial” en esta sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”. Si está solicitando la inscripción de un Dependiente de acuerdo con la sección “Inscripción Especial”, se le solicitará que proporcione la documentación que acredite que ha tenido un evento de vida calificado.

Nota: Durante el proceso de inscripción, si descubrimos que usted o alguien en su nombre proporcionó intencionalmente información importante incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción, anularemos su membresía. Esto significa que anularemos por completo su membresía como si nunca hubiera existido una cobertura. Si se anula su membresía, debe pagar los Cargos completos por cualquier Servicio que haya recibido. Para obtener más información, consulte “Anulación de la Membresía” en la sección “Cancelación de la Membresía”.

Selección y cambio de su plan de beneficios

Cuando se inscribe por primera vez, debe seleccionar un plan para inscribirse. No puede cambiar de plan hasta el próximo periodo de inscripción abierta, excepto que califique para una inscripción especial (para obtener más información, consulte “Inscripción Especial” en esta sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”). Asimismo, no podrá cambiar de plan si es elegible para Medicare Parte A o tiene Medicare Parte B, ya que la inscripción en un nuevo plan duplicaría sus beneficios de Medicare. Si califica para una inscripción especial y está pensando en cambiar a otro plan, estudie cuidadosamente sus opciones de cobertura. El Costo Compartido y las Primas varían según el plan. Para obtener más información sobre los otros planes que ofrecemos, llame a Servicio a los Miembros. Si desea una copia del acuerdo de membresía y la evidencia de cobertura de otro plan que ofrecemos, pida al representante que le envíe una.

Período de inscripción abierta

Puede solicitar la inscripción al presentar una solicitud o un formulario de cambios en la cuenta, como se describe en la sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura” durante el periodo de inscripción abierta. Cada año, la ley de California establece el periodo de inscripción abierta. Para obtener más información sobre el periodo de inscripción abierta, incluidas las fechas aplicables, visite kp.org/compareplans (en inglés) o coveredca.com/espanol. Si se acepta su solicitud durante el periodo de inscripción abierta, le notificaremos la fecha de vigencia de su membresía. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Inscripción Especial

Puede solicitar la inscripción como Suscriptor (y los Suscriptores existentes pueden solicitar la inscripción de Dependientes) presentando una solicitud o un formulario de cambios en la cuenta, como se describe en la sección “Cómo Puede Inscribirse y Cuándo Comienza la Cobertura”, si una de las personas que solicita la cobertura experimenta un evento de vida calificado. Para obtener la lista más actualizada de los eventos de vida calificados para la inscripción especial, los plazos para presentar su solicitud de inscripción y la información sobre las fechas de vigencia, visite kp.org/inscripcionespecial o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia impresa.

Cómo presentar una apelación si se rechaza su

solicitud Si se rechaza su solicitud de inscripción, puede apelar esta decisión con uno de los siguientes procesos:

- Si rechazamos su solicitud de inscripción, puede apelar al presentar una queja formal. Para obtener información sobre cómo presentar una queja formal, consulte “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”.
- Si Covered California rechaza su solicitud de inscripción para la cobertura que ofrece por medio de Covered California, puede apelar mediante el proceso descrito en el aviso de Covered California.

Cómo Obtener Servicios

Como Miembro, usted elige nuestro programa de atención médica para proporcionarle atención médica. Debe recibir toda la atención médica cubierta de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio de su Región Base, excepto según se describe en las secciones que se indican a continuación para los siguientes Servicios:

- Referidos autorizados, como se describe en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”
- Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo Obtener Servicios”
- Servicios relacionados con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos”, en la sección “Beneficios”
- Servicios de ambulancia de emergencia, según se describen en “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”
- Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe

en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”

- Cuidados paliativos, como se describe en “Cuidados Paliativos” en la sección “Beneficios”

Como Miembro, se inscribe en una de las dos Regiones del Plan de Salud en California (la Región Norte o la Región Sur de California), que se conoce como su Región Base.

La información sobre la cobertura que se presenta en esta *EOC* se aplica cuando usted recibe atención en su Región Base.

Por medio de nuestro programa de atención médica, usted tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tal como atención de rutina con su Médico personal del Plan, Servicios de hospital, Servicios de laboratorio y farmacia, Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *EOC*.

Cuidados de Rutina

Si necesita alguno de los siguientes Servicios, debe programar una cita:

- Servicios Preventivos
- Atención periódica de seguimiento (atención de seguimiento que se programa regularmente, como consultas para monitorear una condición crónica).
- Otra atención que no es Atención de Urgencia

Para solicitar una cita no urgente, puede llamar al Centro de Atención local de su Plan o solicitar una cita en línea. Para conocer los números de teléfono para citas, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web kp.org/espanol.

Atención de Urgencia

Una necesidad de Atención de Urgencia es aquella que requiere atención médica inmediata, pero que no llega a ser una Condición Médica de Emergencia. Si considera que necesita Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos correspondiente en un Centro de Atención del Plan. Para conocer los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Para obtener información sobre la Atención de Urgencia Fuera del Área, consulte “Atención de Urgencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

¿No Sabe con Seguridad qué Tipo de Atención Necesita?

Algunas veces es difícil determinar qué tipo de atención necesita, por eso contamos con profesionales de la salud certificados para ayudarle por teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. Aquí hay algunas formas en que pueden ayudarle:

- Pueden responder preguntas sobre la salud y darle información sobre su cuidado personal en el hogar, si corresponde.
- Pueden aconsejarle sobre si debería recibir atención médica, y de qué forma y en qué lugar conseguir la atención (por ejemplo, si no está seguro si su condición es una Condición Médica de Emergencia, le pueden ayudar a decidir si necesita Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia, y cómo y dónde obtener la atención).
- Pueden indicarle qué hacer si necesita atención y el Consultorio Médico del Plan está cerrado o usted está fuera del Área de Servicio de su Región Base.

Puede comunicarse con cualquiera de estos profesionales de la salud titulados si llama al número de teléfono de citas o consultas (para obtener los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros). Cuando llame, es posible que una persona de apoyo capacitada le haga algunas preguntas para determinar cómo dirigir su llamada.

Su Médico Personal del Plan

Los Médicos Personales del Plan proporcionan atención primaria y desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, incluidas las hospitalizaciones y los referidos a especialistas.

Le recomendamos que elija un Médico personal del Plan. Puede escoger cualquiera de los que están disponibles. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos personales del Plan son Médicos de Atención Primaria (médicos generales orientados a la medicina interna, pediatría o medicina familiar, o especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria). También puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Atención Primaria, igualmente proporcionan servicios de atención primaria. Por ejemplo, puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas en medicina interna y obstetricia y ginecología que no están designados como Médicos de Atención Primaria. Sin embargo, si escoge a un especialista que no está designado como Médico de Atención Primaria como su Médico personal del Plan, el Costo Compartido para una Consulta con un Especialista se aplicará a todas las consultas con el especialista, excepto para las consultas

preventivas de rutina que se mencionan en el título “Servicios Preventivos” de la sección “Beneficios”.

Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar de Médico del Plan, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para obtener una lista de los médicos que están disponibles como Médicos de Atención Primaria. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Atención Primaria podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros. Puede cambiar a su Médico personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo Obtener un Referido

Referidos a Proveedores del Plan

Para obtener atención de un especialista, como un cirujano, un ortopedista, un cardiólogo, un oncólogo o un dermatólogo, y para tener acceso a la fisioterapia y a la terapia ocupacional y del habla, primero debe obtener una referencia de un Médico del Plan. Además, un Médico del Plan debe referirle antes de que pueda obtener Tratamiento de la Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista cubierto en “Servicios de Salud Mental” de la sección “Beneficios”. Sin embargo, no necesita un referido ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de los siguientes Proveedores del Plan:

- su Médico personal del Plan
- médicos generales orientados a la medicina interna, la pediatría y la medicina familiar
- especialistas en optometría, Servicios de salud mental, tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, y obstetricia y ginecología

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

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

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

Referidos abiertos

Si un Médico del Plan lo refiere a un especialista, el referido será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir un referido abierto si se le receta atención continua del especialista. Por ejemplo, si tiene una enfermedad que pone en peligro la vida, es degenerativa o discapacitante, puede obtener un referido permanente a un especialista, en caso de que sea necesaria una atención continua por parte del especialista.

Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos

Los siguientes son ejemplos de Servicios que requieren autorización previa del Grupo Médico para que se cubran (“autorización previa” significa que el Grupo Médico debe aprobar los Servicios por adelantado):

- Equipo médico duradero
- Suministros para ostomía y urológicos
- Servicios que no están disponibles con los Proveedores del Plan
- Trasplantes

La supervisión de utilización de Servicios (Utilization Management, “UM”) es un proceso que determina si un Servicio recomendado por su proveedor tratante es Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted. La autorización previa es un proceso de la 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. Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización.

Para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la autorización, visite nuestro sitio web kp.org/UM (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa.

Consulte “Atención de Postestabilización” en “Servicios de Emergencia” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para conocer los requisitos de autorización que se deben cubrir para la Atención de Postestabilización por parte de Proveedores Fuera del Plan.

Información adicional sobre autorizaciones previas para equipo médico duradero y suministros para ostomía y urológicos

El proceso de autorización previa para equipo médico duradero y suministros para ostomía y urología incluye el uso de las pautas de la lista de medicamentos cubiertos. Un grupo de trabajo clínico y operacional interdisciplinario desarrolló

estas pautas con la revisión y la opinión de Médicos del Plan y profesionales médicos con conocimientos y experiencia clínica. Las pautas de la lista de medicamentos cubiertos se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en las tecnologías y prácticas médicas.

Si su Médico del Plan le receta alguno de estos artículos, presentará un referido por escrito, de acuerdo con el proceso de UM descrito en esta sección “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos”. Si las pautas de la lista de medicamentos cubiertos no especifican si el artículo recetado es adecuado para su condición médica, se presentará el referido al Médico del Plan designado por el Grupo Médico, quien tomará la decisión sobre la autorización, tal como se describe en “Plazos de las decisiones del Grupo Médico” de la sección “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos”.

Información adicional sobre los criterios de determinación de una revisión de utilización para los Servicios de salud mental o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Información adicional sobre los criterios de determinación de una revisión de utilización para los Servicios de salud mental o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Los criterios de determinación de una revisión de utilización y cualquier material del programa educativo para las personas que toman decisiones de autorización relacionadas con los servicios de salud mental o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias están disponibles en kp.org/espanol sin costo.

Plazos de las decisiones del Grupo Médico

La persona designada del Grupo Médico tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su condición, pero antes de que transcurran cinco días hábiles desde el momento en el que reciba toda la información (incluidos los resultados de las pruebas y los exámenes adicionales) necesaria dentro de lo razonable para tomar la decisión, excepto para las decisiones sobre Servicios de urgencia, las cuales se tomarán antes de que transcurran 72 horas de haber recibido la información. Si el Grupo Médico necesita más tiempo para tomar la decisión porque no dispone de la información razonablemente necesaria, o bien, porque solicita una consulta con un especialista en particular, se les notificará a usted y a su médico tratante sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas adicionales, y la fecha en la que se espera que el Grupo Médico tome una decisión.

Se informará la decisión tomada a su médico tratante en un plazo de 24 horas. Si los Servicios se autorizan, se le informará a su médico sobre el alcance de los Servicios autorizados. Si el Grupo Médico no autoriza todos los Servicios, el Plan de Salud le enviará la decisión y explicación por escrito en un plazo de dos días hábiles. Usted podrá tener acceso, previa solicitud, a cualquier criterio por

escrito utilizado por el Grupo Médico para tomar la decisión de aprobar, modificar, demorar o denegar la solicitud de autorización.

Si el Grupo Médico no autoriza todos los servicios solicitados, y usted desea apelar la decisión, puede presentar una queja formal, como se describe en “Quejas Formales” de la sección “Resolución de Disputas”.

Para estos Servicios referidos, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Cumplimiento de los Servicios de Proveedores Fuera del Plan

Nuevo Miembro

Si recibe actualmente Servicios de un Proveedor Fuera del Plan, de acuerdo con alguno de los casos incluidos en la sección “Elegibilidad”, 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 cuyo contrato ha sido cancelado

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

Elegibilidad

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

- Condiciones agudas, es decir, condiciones médicas donde los síntomas aparecen repentinamente debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requieren atención médica inmediata y que tienen una duración limitada. Podemos cubrir estos Servicios hasta que la condición aguda desaparezca
- Condiciones crónicas graves hasta que se cumpla la primera de las siguientes condiciones: (1) 12 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cuyo contrato ha sido cancelado, o (3) el primer día después de completar el ciclo de tratamiento, momento en que sería seguro transferir su atención a un Proveedor del Plan, según lo determine Kaiser Permanente, tras consultarle al Miembro y al Proveedor Fuera del 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
- 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 cobertura del niño, si es un Miembro nuevo; (2) 12 meses desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cuyo contrato ha sido cancelado o (3) el tercer cumpleaños del niño
- Cirugía u otro procedimiento que se documente como parte de un ciclo de tratamiento y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se realice en un plazo de 180 días de la fecha de vigencia de su cobertura, si es un Miembro nuevo, o en 180 días desde la fecha en que finaliza el contrato con el proveedor cuyo contrato ha sido cancelado

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 en alguno de los casos arriba mencionados de parte de un Proveedor Fuera del Plan en la fecha de vigencia de su cobertura si es un Miembro nuevo, o de un Proveedor del Plan cuyo contrato ha sido cancelado en la fecha de cancelación del contrato del proveedor
- En el caso de Miembros nuevos, su cobertura anterior ya no está disponible en el mercado, incluido un plan de

beneficios de salud que se retiró de cualquier parte del mercado

- El proveedor acepta por escrito nuestros términos y condiciones contractuales, como las relacionadas con el pago y la prestación de Servicios dentro del Área de Servicio de su Región Base (el requisito de que el proveedor acepte prestar Servicios dentro del Área de Servicio de su Región Base no aplica si estuviera recibiendo Servicios cubiertos del proveedor fuera del Área de Servicio de su Región Base al momento de cancelar el contrato del proveedor)
- Los Servicios estarían cubiertos conforme a esta *EOC* si los proporciona un Proveedor del Plan
- Usted solicita la prestación de los Servicios en un plazo de 30 días (o lo antes posible, dentro de lo razonable) a partir de la fecha de vigencia de su cobertura si es un Miembro nuevo, o de la finalización del contrato del Proveedor del Plan

Para la prestación de los Servicios, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Más información

Para obtener más información acerca de esta disposición o para solicitar servicios o una copia de nuestra política sobre el “Cumplimiento de los Servicios Cubiertos”, por favor, llame a Servicio a los Miembros.

Traslado y Alojamiento para Recibir Determinados Servicios

Los siguientes son ejemplos de casos en los que proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por gastos de traslado y alojamiento de conformidad con la Descripción de Travel and Lodging Program:

- Si el Grupo Médico le refiere a un proveedor que está a más de 50 millas de donde usted vive para recibir determinados Servicios especializados, como cirugía bariátrica, cirugía torácica compleja, nefrectomía para trasplante o quimioterapia para leucemia o linfoma en pacientes hospitalizados
- Si el Grupo Médico le refiere a un proveedor que está fuera del Área de Servicio de su Región Base para recibir determinados Servicios especializados, como un trasplante o una cirugía para cambio de sexo
- Si usted se encuentra fuera de California y necesita hacerse un aborto urgente o de emergencia, y no puede hacérselo de manera oportuna debido a una prohibición casi total o total a los proveedores de atención médica de prestar dichos Servicios.

Para obtener una lista completa de los Servicios especializados para los que proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por gastos de traslado y alojamiento, la cantidad del reembolso, las limitaciones y las exclusiones, y cómo solicitar el reembolso, consulte la Descripción de Travel and Lodging Program. La Descripción del Travel and Lodging Program está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (en inglés) o llamando a Servicio a los Miembros.

Segundas Opiniones

Si desea una segunda opinión, puede solicitar a Servicio a los Miembros que le ayude a conseguirla con un Médico del Plan que sea un profesional médico debidamente calificado para tratar su condición. Si ninguno de los Médicos del Plan es un profesional médico debidamente calificado para tratar su condición, Servicio a los Miembros autorizará una consulta para solicitar una segunda opinión de un Médico Fuera del Plan. Para fines de esta cláusula de “Segundas Opiniones”, se considera que un “profesional médico debidamente calificado” es un médico que actúa en su ámbito de práctica profesional y que tiene trayectoria clínica (incluidas capacitación y experiencia) relacionada con la enfermedad o condición respecto a la cual se solicita una segunda opinión médica.

A continuación, se presentan algunos ejemplos en los que es posible que se proporcione o se autorice una segunda opinión:

- Su Médico del Plan le recomienda un procedimiento y usted no está seguro de si es razonable o necesario hacerlo.
- Usted cuestiona un diagnóstico o un plan de atención para una condición que representa un riesgo de disfunción importante o de pérdida de la vida, las extremidades o las funciones del organismo.
- Las instrucciones médicas son poco claras o complejas y difíciles de entender.
- Se duda de un diagnóstico debido a resultados inconsistentes de las pruebas.
- El Médico del Plan no puede diagnosticar una condición.
- Teniendo en cuenta el diagnóstico y el plan de atención, el plan de tratamiento en curso no mejora su problema médico en un periodo apropiado.
- Tiene dudas sobre el diagnóstico o el plan de atención.

Se le proporcionará una autorización o denegación de su solicitud de una segunda opinión de manera expedita, de acuerdo con su condición. Si su solicitud de una segunda opinión es denegada, se le notificarán por escrito las razones de la denegación y su derecho a presentar una queja formal como se describe en “Quejas Formales” de la sección “Resolución de Disputas”.

Para estos Servicios referidos, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Contratos con Proveedores del Plan

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 los Servicios de hospital para Miembros, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de ninguna cantidad que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que deba pagar el precio completo de los Servicios no cubiertos que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores Fuera del Plan.

Cuando le refieren a un Proveedor del Plan para recibir Servicios Cubiertos, usted paga el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por dicho proveedor, según se describe en esta *EOC*.

Incumplimiento de contrato

Le enviaremos un aviso por escrito dentro de un plazo razonable si cualquiera de los proveedores contratados incumple su contrato con nosotros o si no le es posible prestar los Servicios contratados, siempre que esto pudiera afectarle a usted de manera negativa.

Cancelación del contrato de un Proveedor del 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. Es posible que sea elegible para recibir Servicios de un proveedor cuyo contrato se ha cancelado; consulte “Finalización de los Servicios de Proveedores Fuera del Plan” bajo el título “Cómo Obtener un Referido” en esta sección “Cómo Obtener Servicios”.

Hospitales y grupos de proveedores

Si le asignan a un hospital o un grupo de proveedores cuyo contrato con nosotros finaliza, o si vive en un radio de 15 millas de un hospital que deja de pertenecer a nuestra red, se lo notificaremos por escrito por lo menos con 60 días de anticipación (o tan pronto como sea posible).

Cómo recibir Atención fuera del Área de Servicio de su Región Base

Para obtener información sobre su cobertura cuando esté fuera de casa, visite nuestra página web en kp.org/viajero. También puede llamar a la Línea de atención lejos de casa para viajeros al **1-951-268-3900** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrada los días festivos).

Cómo recibir atención en otra área de servicio de Kaiser Permanente

Si está de visita en otra área de servicio de Kaiser Permanente, puede recibir algunos servicios cubiertos de proveedores designados en esa otra área de servicio de Kaiser Permanente, sujetos a exclusiones, limitaciones, requisitos de autorización o aprobación previa y reducciones. Para obtener más información sobre cómo recibir servicios cubiertos en otra área de servicio de Kaiser Permanente, incluidas las ubicaciones de los proveedores y los centros de atención, visite kp.org/viajero o llame a nuestra Línea de Atención para Viajeros al **1-951-268-3900**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrado los días festivos).

Para los Servicios cubiertos que reciba en otra área de servicio de Kaiser Permanente, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan dentro del Área de Servicio de su Región Base, según se describe en esta *EOC*.

Cómo recibir atención fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente

Si está de viaje fuera de un área de servicio de Kaiser Permanente, cubrimos Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia tal como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

Su Tarjeta de Identificación

La tarjeta de identificación de Kaiser Permanente de cada Miembro tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para pedir consejos, haga una cita o 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 utiliza para identificar su expediente médico y la información de membresía. Su número de historia clínica siempre será el mismo. Por favor, llame a Servicio a los Miembros si por error le asignamos más de un número de historia clínica o si necesita reemplazar su tarjeta de identificación.

Su tarjeta se usará únicamente para fines de identificación. Para recibir Servicios cubiertos, debe ser un Miembro actual. A las personas que no sean Miembros se les facturará como no Miembros por cualquier Servicio que reciban. Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación, es posible

que confisquemos su tarjeta y cancelemos su membresía, según se describe en “Cancelación con Causa” en la sección “Cancelación de la Membresía”.

Acceso Oportuno a la Atención

Normas sobre la disponibilidad de citas

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

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

Si prefiere esperar para que le den una cita más adelante que se ajuste mejor a su horario, o consultar al Proveedor del Plan de su elección, respetaremos su preferencia. En algunos casos, es posible que deba esperar más tiempo del que se indica si un profesional de atención médica determina que postergar la cita no tendrá un efecto negativo para su salud.

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. A excepción de lo especificado anteriormente para la atención a la salud mental y el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, las normas tampoco se aplican a la atención de seguimiento para condiciones crónicas ni a los referidos abiertos para especialistas.

Acceso oportuno a la asistencia telefónica

El DMHC elaboró las siguientes normas para responder preguntas por teléfono:

- En el caso de la asesoría telefónica para saber si necesita obtener atención y dónde obtenerla: en un plazo de 30 minutos, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Para preguntas generales: en un plazo de 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. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a Servicio a los Miembros.

Acceso a Servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

La ley estatal exige que los documentos de las evidencias de cobertura incluyan el siguiente aviso:

Tiene derecho a recibir servicios de Salud Mental/Trastornos por Abuso de Sustancias (Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si el Plan de Salud no puede gestionarle esos servicios con un proveedor adecuado que pertenezca a la red del plan de salud, el plan de salud deberá cubrir y gestionar los servicios necesarios con un proveedor fuera de la red. Si esto ocurre, no tendrá que pagar nada más que el costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no supere los 10 días hábiles desde que solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un plazo de 48 horas a partir de su solicitud (si el plan de salud no requiere autorización previa para la cita) o en un plazo de 96 horas (si el plan de salud requiere una autorización previa).

Si su plan de salud no consigue gestionarle los servicios dentro de estos plazos y dentro de las

condiciones de acceso geográfico, usted puede solicitar servicios de cualquier proveedor con licencia, aunque el proveedor no pertenezca a la red de su plan de salud. Para recibir cobertura de su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web en <http://www.healthhelp.ca.gov> (en inglés) a fin de solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

Cómo Obtener Asistencia

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que recibe de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Ellos están para servirle y ayudarle a responder sus preguntas.

Servicio a los Miembros

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

- los beneficios de su Plan de Salud
- cómo programar su primera cita médica
- qué hacer si se muda
- cómo reemplazar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente

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

Llame al **1-800-788-0616** (español)
1-800-464-4000 (en inglés y en más de 150 idiomas mediante nuestros servicios de interpretación)
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)

Acuda a una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Escriba a una oficina de Servicio a los Miembros de un Centro del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Sitio web kp.org/espanol

Estimaciones del Costo Compartido

Para obtener información sobre las estimaciones, consulte “Cómo obtener un cálculo de su Costo Compartido” en “Su Costo Compartido”, en la sección “Beneficios”.

Centros del Plan

Los Consultorios Médicos del Plan y los Hospitales del Plan se encuentran en el Directorio de Proveedores de su Región Base. El directorio describe los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro del Plan, porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos. Este directorio está disponible en nuestro sitio web en kp.org/facilities (haga clic en "Español"). Para obtener una copia impresa, llame a Servicios a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los centros del plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

En general, en la mayoría de los Centros del Plan puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite, incluidos atención especializada, farmacia y pruebas de laboratorio. No está limitado a un Centro del Plan específico, y le sugerimos visitar el que le resulte más conveniente:

- Todos los Hospitales del Plan brindan Servicios para pacientes hospitalizados y están abiertos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los hospitales del plan (para conocer las ubicaciones de los departamentos de

emergencias, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

- Las citas de atención de urgencia para el mismo día están disponibles en diversas ubicaciones (para conocer las ubicaciones de Atención de Urgencia, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- 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, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

Nota: Según las leyes estatales, debe incluirse el siguiente aviso en la documentación de evidencia de cobertura:

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que podrían tener cobertura según el contrato de su plan y que posiblemente usted o un familiar 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; o aborto. Antes de inscribirse, debe obtener más información al respecto. Para asegurarse de que puede recibir los servicios médicos que necesita, llame al médico, al grupo médico, la asociación de médicos independientes o la clínica que le va a atender o llame a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente.

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.

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Servicios de Emergencia

Si experimenta una Condición Médica de Emergencia, llame al 911 (en donde esté disponible) o acuda al Departamento de Emergencias más cercano. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia. Cuando tiene un problema médico 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 siete días de la semana.

Atención de Postestabilización

Cuando recibe Atención de Postestabilización de un Proveedor Fuera del Plan dentro de California, o de un centro de la red de la PPO de Cigna Healthcare fuera de un Estado en el que opera Kaiser Permanente

Cuando recibe Servicios de Emergencia, cubrimos la Atención de Postestabilización que brinde un Proveedor Fuera del Plan solo si se obtiene una autorización previa para la atención, tal como se describe a continuación, o si la ley correspondiente exige que se proporcione (“autorización previa” significa que los Servicios se deben aprobar con antelación).

- **Autorización para recibir Atención de Postestabilización en un centro de la red de la PPO de Cigna Healthcare fuera de un Estado en el que opera Kaiser Permanente:** Si se encuentra fuera de un estado en el que opera Kaiser Permanente y le trataron en un centro de la red de la PPO de Cigna Healthcare por una Condición Médica de Emergencia, Cigna Payer Solutions es responsable de autorizar la Atención de Postestabilización.
- **Autorización para recibir Atención de Postestabilización de parte de otros Proveedores Fuera del Plan (incluidos los centros de la red de la PPO de Cigna Healthcare dentro de un Estado en el que opera Kaiser Permanente):** Para solicitar autorización previa, el Proveedor Fuera del Plan debe llamar al **1-800-225-8883** o al número de teléfono para avisos que se encuentra en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente antes de que usted reciba la atención. Analizaremos su condición con el Proveedor Fuera del Plan. Si determinamos que requiere Atención de Postestabilización y que dichos cuidados son parte de sus beneficios cubiertos, autorizaremos los cuidados por parte del Proveedor Fuera del Plan o haremos los arreglos necesarios para que un Proveedor del Plan (u otro proveedor designado) proporcione los cuidados. Si decidimos que debe recibir la atención en un Hospital del Plan, en un Centro de Enfermería Especializada del Plan o de un Proveedor Fuera del Plan designado, podríamos autorizar servicios especiales de transporte necesarios desde el punto de vista médico para trasladarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir el transporte que de otro modo no se cubriría.

Asegúrese de solicitarle al Proveedor Fuera del Plan que le diga qué tipo de cuidados hemos autorizado (incluido cualquier transporte), ya que no cubriremos la Atención

de Postestabilización o el transporte relacionado que no hayan sido autorizados y que proporcionen Proveedores Fuera del Plan. Si recibe atención de un Proveedor Fuera del Plan que no hayamos autorizado, es posible que usted deba pagar el costo total de dicha atención. Si ingresa en un Hospital Fuera del Plan o a un Departamento de Emergencias independiente, avísenos lo más pronto posible llamando al **1-800-225-8883** o al número de teléfono para avisos que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Cuando recibe Atención Postestabilización de un Proveedor Fuera del Plan que no es un proveedor de la red de la PPO de Cigna Healthcare fuera de California

Después de recibir Servicios de Emergencia de Proveedores Fuera del Plan y su condición se estabiliza, la Atención de Postestabilización se considera Servicios de Emergencia según la ley federal si se cumple lo siguiente:

- Su médico tratante determina que usted no puede viajar usando transporte no médico para acudir con un Proveedor del Plan disponible ubicado dentro de una distancia de viaje razonable, teniendo en cuenta su condición médica, o
- Su médico tratante, aplicando un criterio médico pertinente, determina que usted no está en condiciones de recibir o dar su consentimiento a la notificación y el formulario de consentimiento del Proveedor Fuera del Plan, de acuerdo con la ley estatal correspondiente relacionada con el consentimiento informado

Si la Atención de Postestabilización se considera Servicios de Emergencia de acuerdo con los criterios anteriores, no se necesitará de una autorización previa para recibir la Atención de Postestabilización por parte de un Proveedor Fuera del Plan.

Si la Atención de Postestabilización no se considera Servicios de Emergencia, los Servicios no están cubiertos a menos que haya recibido autorización previa del Plan de Salud como se describió anteriormente en “Autorización para recibir Atención de Postestabilización de parte de otros Proveedores Fuera del Plan (incluidos los centros de la red de la PPO de Cigna Healthcare dentro de un Estado en el que opera Kaiser Permanente)”. Los Proveedores Fuera del Plan que no están en California pueden notificarle y solicitar su consentimiento para renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo en virtud de la Ley Federal de No Sorpresas, si dicho consentimiento está permitido según la ley estatal de consentimiento informado correspondiente. Si acepta renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo y recibe Servicios de un Proveedor Fuera del Plan, usted deberá pagar el costo total de los Servicios.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido para los Servicios de Emergencia y la Atención de Postestabilización cubiertos se describe en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Su Costo Compartido es el mismo, independientemente de que reciba Servicios de un Proveedor del Plan o de un Proveedor Fuera del Plan. Por ejemplo:

- Si recibe Servicios de Emergencia en el Departamento de Emergencias de un hospital fuera del plan, usted paga el costo compartido de una visita al Departamento de Emergencias, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Servicios de Emergencia y de Atención de Urgencia”
- Si autorizamos previamente la Atención de Postestabilización como paciente hospitalizado en un Hospital Fuera del Plan, usted paga el Costo Compartido de los Servicios como paciente hospitalizado, como se describe en “Resumen del Costo Compartido” bajo “Servicios para Pacientes Hospitalizados”
- Si le dimos una autorización previa para el equipo médico duradero después de su alta hospitalaria de un Hospital Fuera del Plan, usted pagará el Costo Compartido del equipo médico duradero, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”
- Si recibe vacunas o le realizan pruebas de laboratorio para el COVID-19 en el Departamento de Emergencias, usted debe pagar el Costo Compartido de una consulta en dicho departamento, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- Si obtiene una receta en el Departamento de Emergencias relacionada con su Problema Médico de Emergencia, usted debe pagar el Costo Compartido por “La mayoría de los productos”, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la visita al Departamento de Emergencias

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base

Una necesidad de Atención de Urgencia es aquella que requiere atención médica inmediata, pero que no llega a ser una Condición Médica de Emergencia. Si considera que necesita Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos correspondiente en un Centro de Atención del Plan. Para conocer los números de teléfono para citas y asesorías, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Atención de Urgencia Fuera del Área

Si necesita Atención de Urgencia como consecuencia de una enfermedad, lesión o complicación imprevista 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
- 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

No necesita autorización previa para la Atención de Urgencia Fuera del Área. Cubrimos la Atención de Urgencia Fuera del Área que reciba de Proveedores Fuera del Plan si los Servicios hubieran estado cubiertos según esta *EOC* en caso de haberlos recibido de Proveedores del Plan.

Para obtener atención de seguimiento de un Proveedor del Plan, llame al número de teléfono de citas o consejos de un Centro de Atención del Plan. Para conocer los números de teléfono, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros. No cubrimos la atención de seguimiento de los Proveedores Fuera del Plan después de que ya no necesite la Atención de Urgencia, excepto para el equipo médico duradero cubierto conforme a esta *EOC*. Para obtener más información sobre el equipo médico duradero cubierto conforme a esta *EOC*, consulte “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar” en la sección “Beneficios”. Si necesita equipo médico duradero relacionado con su Atención de Urgencia después de recibir Atención de Urgencia Fuera del Área, su proveedor debe obtener una autorización previa como se describe en “Cómo obtener un referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido por la Atención de Urgencia cubierta es el Costo Compartido requerido para los Servicios proporcionados por los Proveedores del Plan, como se describe en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Por ejemplo:

- Si recibe una evaluación de Atención de Urgencia como parte de la Atención de Urgencia fuera del área cubierta por parte de un proveedor fuera del plan, usted paga el costo compartido de las consultas, los exámenes y el tratamiento de Atención de Urgencia, tal como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- Si la Atención de Urgencia Fuera del Área que recibe incluye radiografías, usted paga el Costo Compartido de

las radiografías, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia

- Si la Atención de Urgencia Fuera del Área que recibe incluye una prueba de COVID-19, es posible que tenga que pagar el Costo Compartido de la prueba de COVID-19, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia
- Si obtiene una receta como parte de una consulta de Atención de Urgencia Fuera del Área relacionada con la afección para la que obtuvo Atención de Urgencia, usted debe pagar el Costo Compartido por “La mayoría de los productos”, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia
- Si le dimos una autorización previa para el equipo médico duradero como parte de la Atención de Urgencia Fuera del Área usted pagará el Costo Compartido del equipo médico duradero, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”

Nota: Si recibe Atención de Urgencia en un Departamento de Emergencias, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, como se describe en el “Resumen del Costo Compartido” de la sección “Servicios de Emergencias y Atención de Urgencia”.

Pago y Reembolso

Si recibe Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área de un Proveedor Fuera del Plan, como se describe en esta sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” o los Servicios de ambulancia de emergencia que se describen en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”, usted no es responsable del pago de ningún monto que supere el Costo Compartido de los Servicios cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted tenga que pagar los Servicios y presentar un reclamo para recibir un reembolso. Además, se le podrá requerir que pague y presente un reclamo por cualquier tipo de Servicio ordenado por un Proveedor Fuera del Plan como parte de los Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos, incluso si recibe los Servicios de un Proveedor del Plan, como una Farmacia del Plan.

Aplicaremos el Costo Compartido para reducir los pagos que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan. También descontaremos cualquier monto abonado o pagadero (o que sería pagadero sin este plan) por los Servicios conforme a cualquier póliza de seguro, o de otro contrato o cobertura, o cualquier programa del gobierno, excepto Medicaid. Si el otro seguro o programa no realiza el pago en un periodo razonable, pagaremos por los Servicios cubiertos de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área que reciba de Proveedores Fuera del Plan si usted:

- Nos asigna todos los derechos de pago y acepta cooperar con nosotros para obtener el pago.
- Nos autoriza a solicitar cualquier información pertinente al otro seguro o programa.
- Nos proporciona toda la información y ayuda que necesitemos para obtener el pago del otro seguro o programa.

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, vea la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”.

Beneficios

Esta sección describe los Servicios que están cubiertos conforme a esta *EOC*.

Los Servicios están cubiertos conforme a esta *EOC*, tal como se describen de manera específica en esta *EOC*.

Los Servicios que no se describen de manera específica en esta *EOC* no están cubiertos, excepto cuando lo exija la ley estatal o federal. Los Servicios están sujetos a exclusiones y limitaciones descritos en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”. Salvo que se especifique lo contrario en esta *EOC*, se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Debe ser Miembro en la fecha en la que reciba los Servicios.
- Los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Los Servicios son algunos de los siguientes:
 - ♦ Servicios Preventivos
 - ♦ artículos y servicios de atención médica para diagnóstico, evaluación o tratamiento
 - ♦ educación para la salud cubierta conforme a “Educación para la Salud” en la sección “Beneficios”
 - ♦ otros artículos y servicios de atención médica
- Los Servicios son proporcionados, recetados, autorizados o indicados por un Médico del Plan, excepto:

- ◆ Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo Obtener Servicios”
- ◆ Servicios que brinda un proveedor fuera del plan en relación con el COVID-19, según se describe más adelante en “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” y “Servicios preventivos”
- ◆ Medicamentos recetados por dentistas, según se describe más adelante en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”
- ◆ Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe más adelante en “Servicios de ambulancia”
- ◆ Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- ◆ Anteojos y lentes de contacto que han recetado Proveedores Fuera del Plan, según se describe más adelante en “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” y “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”
- Usted recibe los Servicios por parte de Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio de su Región Base, a excepción de:
 - ◆ referidos autorizados, como se describe en el título “Cómo Obtener un Referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”
 - ◆ Servicios cubiertos recibidos fuera del Área de Servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del Área de Servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo Obtener Servicios”
 - ◆ Servicios que brinda un proveedor fuera del plan en relación con el COVID-19, según se describe más adelante en “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”, “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” y “Servicios preventivos”
 - ◆ Servicios de ambulancia de emergencia, según se describe más adelante en “Servicios de ambulancia”
 - ◆ Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
 - ◆ cuidados paliativos, según se describe más adelante en “Cuidados Paliativos”

- El Grupo Médico proporcionó una autorización previa para los Servicios, en caso de que se requiera, de acuerdo con el “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

También consulte:

- La sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para obtener información sobre cómo acceder a los Servicios de Emergencia, la Atención de Postestabilización y la Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos.
- Nuestro Directorio de Proveedores para conocer los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro del Plan, porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido es la cantidad 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 por esos Servicios serán Cargos hasta que alcance el Deducible del Plan. De igual manera, si su cobertura incluye un Deducible de Medicamentos y recibe Servicios que están sujetos a este Deducible de Medicamentos, su Costo Compartido por dichos Servicios serán Cargos hasta que alcance el Deducible de Medicamentos.

Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto que pagará por los Servicios.

Reglas generales, ejemplos y excepciones

Su Costo Compartido por los Servicios cubiertos será el vigente en la fecha en que reciba los Servicios, con las siguientes excepciones:

- Si usted recibe Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o en un Centro de Enfermería Especializada el día en que entra en vigencia esta *EOC*, usted paga el Costo Compartido vigente en su fecha de hospitalización hasta que le den el alta hospitalaria si los Servicios estaban cubiertos por la Evidencia de Cobertura de su Plan de Salud anterior y la cobertura no se detuvo momentáneamente. Sin embargo, si la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior no cubría los Servicios o si existió una interrupción momentánea en la cobertura, usted pagará el Costo Compartido vigente en la fecha en la que reciba los Servicios.

- Para los artículos que se solicitan con anticipación, debe pagar el Costo Compartido vigente en la fecha en la que se hace el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en que lo recibe) y es posible que deba pagar el Costo Compartido cuando se ordene el artículo. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en la que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta médica.

Costo Compartido por los Servicios que reciba el bebé recién nacido de un Miembro

Durante los 31 días de la cobertura automática para recién nacidos que se describe en el punto “Si tiene un bebé” en “Quién Es Elegible” de la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, el padre, la madre o el tutor del recién nacido debe pagar el Costo Compartido indicado en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC por cualquier Servicio que reciba el recién nacido, independientemente de si está inscrito o no. Cuando el “Resumen del Costo Compartido” indique que los Servicios están sujetos al Deducible del Plan, el Costo Compartido por dichos Servicios serán Cargos si el recién nacido no ha alcanzado el Deducible del Plan.

Pago considerado para su Costo Compartido (y cuándo se le puede facturar)

En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará que haga un pago para el Costo Compartido en el momento en que reciba los Servicios. Si recibe más de un tipo de Servicio (como un examen de mantenimiento físico de rutina y análisis de laboratorio), se le puede pedir que pague Costos Compartidos separados por cada uno de esos Servicios. Tenga en cuenta que es posible que este pago cubra solo una parte del Costo Compartido total por los Servicios que reciba, y recibirá una factura por cualquier cantidad adicional que deba. Los siguientes son ejemplos de cuándo se le puede pedir que pague (o se le puede facturar) el Costo Compartido, además de la cantidad que paga cuando se registra:

- Usted recibe Servicios no preventivos durante una consulta preventiva. Por ejemplo, usted acude a un examen de mantenimiento físico de rutina y paga el Costo Compartido del examen preventivo durante el registro (su Costo Compartido puede ser “sin cargo”). Sin embargo, durante su examen preventivo su proveedor encuentra un problema de salud y le ordena Servicios no preventivos para diagnosticarle (por ejemplo, análisis de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo Compartido de estos Servicios diagnósticos no preventivos adicionales
- Usted recibe Servicios diagnósticos durante una consulta de tratamiento. Por ejemplo, ingresa para el tratamiento de una condición médica existente y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de una consulta de tratamiento. Sin embargo, durante la consulta, su proveedor descubre

un nuevo problema de salud y le hace u ordena Servicios de diagnóstico (por ejemplo, análisis de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico adicionales

- Usted recibe Servicios de tratamiento durante una visita de diagnóstico. Por ejemplo, acude a hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico su proveedor confirma un problema de salud y le proporciona Servicios de tratamiento (por ejemplo, un procedimiento ambulatorio). Se le podría pedir que pague (o se le facturará) el Costo Compartido de estos Servicios de tratamiento adicionales
- Recibe Servicios de un segundo proveedor durante su visita. Por ejemplo, acude a hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico su proveedor solicita una consulta con un especialista. Se le podría pedir que pague (o se le facturará) el Costo Compartido de la consulta con el especialista

En algunos casos, su proveedor no le pedirá que pague en el momento de recibir los Servicios y se le facturará para su Costo Compartido (por ejemplo, algunos Departamentos de Laboratorio no pueden cobrar el Costo Compartido o su Proveedor del Plan no puede cobrar el Costo Compartido, si hubiese, por las Consultas de Telesalud que recibe en su hogar).

Cuando le enviemos una factura, incluirá una lista de los Cargos por los Servicios que recibió, los pagos y los créditos que correspondan a su cuenta, y cualquier cantidad que deba. Es posible que su factura actual no siempre refleje sus Cargos y pagos más recientes. Los Cargos y pagos que no aparezcan en la factura actual se verán reflejados en una de sus siguientes facturas.

Es posible también que a veces vea un pago, pero no los Cargos relacionados por un Servicio. Esto podría deberse a que su pago se registró antes de que se procesaran los Cargos por los Servicios. Si esto ocurre, los Cargos aparecerán más adelante en otra factura. Además, podría recibir más de una factura por una visita que haya hecho como paciente ambulatorio o por una hospitalización. Por ejemplo, podría recibir una factura por los servicios del médico y otra factura por los servicios hospitalarios. Si no aparecen todos los Cargos por los Servicios en una factura, aparecerán en una factura posterior. Si determinamos que pagó de más y le corresponde un reembolso, le enviaremos un reembolso en un plazo de cuatro semanas a partir de que tomemos la determinación. Si tiene preguntas sobre una factura, por favor, llame al número de teléfono que aparece en la factura.

En algunos casos, es posible que un Proveedor Fuera del Plan esté involucrado en la prestación de los Servicios cubiertos

en un Centro del Plan o en un centro de atención contratado en donde hayamos autorizado que reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo Compartido por los Servicios cubiertos que reciba en los Centros del Plan o en los centros de atención contratados en donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted tenga que pagar los Servicios y presentar un reclamo para recibir un reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”.

Consulte la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para obtener información sobre la manera en la que se le puede facturar por los Servicios de Emergencia, la Atención de Postestabilización y la Atención de Urgencia Fuera del Área.

Reembolso de los Servicios que brinda un Proveedor Fuera del Plan en relación con el COVID-19

Si un Proveedor Fuera del Plan le presta servicios cubiertos en relación con el COVID-19, según se describe en “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”, es posible que tenga que pagar los servicios y presentar un reclamo de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte el título “Reclamos Iniciales” en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”.

Consultas de Atención Primaria, Consultas con Especialistas No Médicos y Consultas con Especialistas Médicos

El Costo Compartido por las Consultas de Atención Médica Primaria se aplica a evaluaciones y tratamientos con médicos generales orientados a la medicina interna, pediatría o medicina familiar, y con especialistas en obstetricia/ginecología que el Grupo Médico designe como Médicos de Atención Primaria. Algunos especialistas médicos proporcionan atención primaria además de la atención especializada, pero no son designados como Médicos de Atención Primaria. Si recibe Servicios de uno de estos especialistas, el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico se aplicará a todas las consultas, las evaluaciones y los tratamientos proporcionados por el especialista, excepto los exámenes y el asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios Preventivos” en esta sección “Beneficios”. Por ejemplo, si su Médico del Plan es especialista en medicina interna o en obstetricia/ginecología y no es Médico de Atención Primaria, usted pagará el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico por todas las consultas, evaluaciones y tratamientos a cargo del especialista, excepto los exámenes y el asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios”. El Costo Compartido de las Consultas con un Especialista No Médico se aplica a

las consultas, las evaluaciones y los tratamientos a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros especialistas, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Servicios No Cubiertos

Si usted recibe Servicios que no están cubiertos por esta EOC, es posible que tenga que pagar el costo total de esos Servicios. Los pagos de estos Servicios no cubiertos no se tienen en cuenta para el deducible ni para el gasto máximo de bolsillo.

Límites de Beneficios

Algunos beneficios pueden incluir un límite de cobertura en el número de consultas, días, ciclos de tratamiento o el monto en dólares conforme a su plan durante un periodo específico. Si un beneficio incluye un límite, se indicará en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC. El periodo asociado con el límite de un beneficio no será el mismo que la vigencia de esta EOC. Tomaremos en cuenta todos los Servicios que reciba durante el periodo del límite de beneficios hasta llegar al límite de beneficios, incluidos los Servicios que recibió conforme a la EOC de un Plan de Salud anterior (siempre que tenga una cobertura continua con el Plan de Salud). Nota: No tomaremos en cuenta los Servicios que recibió conforme a la EOC de un Plan de Salud anterior, cuando se inscribió por primera vez en una cobertura de plan individual o en un plan grupal de un nuevo empleador, cuando cambió de una cobertura de plan grupal a individual (o viceversa), o cuando recibió Servicios conforme a la evidencia de cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage. Si está inscrito en el plan Kaiser Permanente POS Plan, consulte su *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* y la *Lista de Cobertura (Schedule of Coverage)* de KPIC para conocer los límites de beneficios que se aplican a su cobertura de indemnización independiente proporcionada por Kaiser Permanente Insurance Company (“KPIC”).

Cómo obtener un cálculo de su Costo Compartido

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/espanol para usar nuestra herramienta de cálculo de costos o llame a Servicio a los Miembros.

- Si tiene un Deducible del Plan y quiere calcular los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan, por favor, llame al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 5 p. m. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC para ver si tiene un Deducible del Plan.
- Para todos los demás cálculos del Costo Compartido, llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los siete días a la semana (cerrado los días festivos).

Los cálculos de los Costos Compartidos se basan en sus beneficios y en los Servicios que espera recibir. Son una proyección de los costos; no son garantía del costo final de los Servicios. Su costo final podría ser mayor o menor que el cálculo, ya que no puede conocerse con anticipación todo lo relacionado con su atención.

Deducible de Medicamentos

Esta *EOC* no incluye un Deducible de Medicamentos.

Deducible del Plan

Esta *EOC* no incluye un Deducible del Plan.

Copagos y Coseguro

En esta *EOC* se describe el Copago o el Coseguro que debe pagar por cada Servicio cubierto una vez que haya cubierto todo el deducible aplicable.

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

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

Según se establece en esta *EOC*, existe un límite para el monto total de Costo Compartido que debe pagar en el Período de acumulación por los Servicios cubiertos que usted reciba durante el mismo Período de acumulación.

Los Servicios que se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan se describen en la sección “Pagos que cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” que aparece a continuación. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer sus montos correspondientes de Gastos Máximos de Bolsillo del Plan.

Si forma parte de una Familia de dos o más Miembros, cumple con el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan cuando alcanza el máximo para uno de los Miembros, o cuando la Familia alcanza el máximo de Familia. Por ejemplo, supongamos que alcanzó el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan para alguno de los Miembros. Para los Servicios sujetos al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan, no pagará ningún otro Costo Compartido durante el resto del Período de Acumulación, pero el resto de los Miembros de su Familia deberán seguir pagando el Costo Compartido durante el resto del Período de Acumulación hasta que alcancen el monto máximo o hasta que toda la Familia alcance el monto máximo de Familia.

Pagos que cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

Cualquier pago que haga para alcanzar el Deducible del Plan o el Deducible de Medicamentos, si corresponde, cuenta para alcanzar el gasto máximo.

La mayoría de los Copagos y Coseguros que paga por los Servicios cubiertos se aplican al gasto máximo; sin embargo, algunos podrían no aplicarse. Para saber si se aplicará un Copago o Coseguro por un Servicio cubierto, consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Si su plan incluye Servicios dentales pediátricos descritos en una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos de esta *EOC*, dichos Servicios contarán para alcanzar el monto máximo. Si su plan tiene una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos, se adjuntará a esta *EOC* y se incluirá en su Índice.

Acumulaciones para los deducibles y gastos máximos de bolsillo

Para saber cuánto le falta para alcanzar sus deducibles, si los hay, y sus gastos máximos de bolsillo, use nuestra herramienta en línea de Resumen de Gastos de Bolsillo en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Le proporcionaremos información sobre el saldo de acumulación por cada mes que reciba servicios hasta que alcance sus gastos máximos de bolsillo individuales o hasta que su Familia alcance los gastos máximos de bolsillo familiares.

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

Medicamentos y Productos Administrados

Los medicamentos y los productos administrados son medicamentos y productos que requieren administración y observación por parte del personal médico, como:

- Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas
- Antígenos de alergias (incluida la administración)
- Medicamentos y complementos para quimioterapia
- Medicamentos y productos administrados por terapia o inyección intravenosa que no sean para quimioterapia contra el cáncer, incluidos los productos del factor sanguíneo y productos biológicos derivados del tejido, las células o la sangre
- todos los demás medicamentos y productos administrados

Cubrimos estos artículos cuando los receta un Proveedor del Plan de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y se administran en un Centro del Plan o durante las visitas a domicilio.

Ciertos medicamentos administrados son servicios preventivos. Consulte “Servicios de Salud Reproductiva” para obtener información sobre anticonceptivos

administrados y vaya a “Servicios Preventivos” para obtener información sobre las vacunas.

Servicios de Ambulancia

Emergencias

Cubrimos los Servicios de una ambulancia certificada en cualquier parte del mundo sin tener que solicitar autorización previa (incluido el traslado a través del sistema de respuesta ante emergencias del 911, cuando esté disponible) en los siguientes casos:

- Creyó razonablemente que la afección médica era una Condición Médica de Emergencia que requería Servicios de ambulancia
- Su médico tratante determina que debe ser trasladado a otro centro de atención porque su Condición Médica de Emergencia no puede estabilizarse y la atención que necesita no está disponible en el lugar de tratamiento

Si recibe Servicios de ambulancia de emergencia que no haya solicitado un Proveedor del Plan, usted no es responsable de las cantidades fuera de su Costo Compartido por los Servicios de ambulancia de emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted tenga que pagar los Servicios y presentar un reclamo para recibir un reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”.

Servicios que no son de emergencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base, cubrimos los Servicios de ambulancia que no sean de emergencia y de traslado psiquiátrico en camioneta, si un Médico del Plan determina que su condición requiere el uso de los Servicios que solo una ambulancia autorizada (o camioneta para pacientes psiquiátricos) puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte podría poner en riesgo su salud. Estos Servicios están cubiertos solo si el vehículo lo transporta desde o hacia un centro que brinda los Servicios cubiertos.

Exclusiones en los Servicios de Ambulancia

- Traslado en automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una camioneta para pacientes psiquiátricos o ambulancia autorizadas), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un Proveedor del Plan

Cirugía bariátrica

Cubrimos Servicios para pacientes hospitalizados que estén relacionados con los procedimientos quirúrgicos bariátricos (entre los que se incluyen habitación y alimentación, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, otros Servicios para diagnóstico y tratamiento y Servicios del Médico del Plan) cuando se realizan para tratar la obesidad por modificación del tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y la absorción de nutrientes, si se cumplen todos los requisitos mencionados a continuación:

- Usted completa el programa educativo de preparación prequirúrgico aprobado por el Grupo Médico con respecto a los cambios de estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un Médico del Plan especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es Necesaria desde el Punto de Vista Médico.

Por los Servicios cubiertos relacionados con los procedimientos quirúrgicos bariátricos que reciba, deberá pagar el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran asociados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)

Servicios Dentales y de Ortodoncia

Según esta *EOC*, no ofrecemos cobertura para la mayoría de los Servicios dentales y de ortodoncia; no obstante, cubrimos algunos de ellos, según se describe en esta sección de “Servicios Dentales y de Ortodoncia”.

Para los procedimientos dentales y de ortodoncia cubiertos que reciba, pagará el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran asociados con los Servicios dentales y de ortodoncia. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*.

Servicios Dentales para Radioterapia

Ofrecemos cobertura para exámenes dentales, radiografías, tratamientos con fluoruro y extracciones necesarias para

preparar la mandíbula para radioterapia contra el cáncer en la cabeza o cuello, si un Médico del Plan proporciona los Servicios o si el Grupo Médico autoriza un referido para consultar a un dentista para dichos Servicios (como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Servicios Dentales para Trasplantes

Ofrecemos cobertura para servicios dentales que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para eliminar infecciones de la boca para prepararse para un trasplante y que estén cubiertos bajo “Servicios de Trasplante” en esta sección de “Beneficios”, si un Médico del Plan proporciona los Servicios o si el Grupo Médico autoriza un referido para consultar a un dentista para dichos Servicios (como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Anestesia dental

Para los procedimientos dentales que se realizan en un Centro del Plan, ofrecemos anestesia general y los Servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tiene menos de 7 años, tiene una incapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida.
- Debido su estado de salud o condición médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.
- En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general.

No cubrimos ningún otro Servicio relacionado con el procedimiento dental, como los Servicios del dentista.

Servicios dentales y de ortodoncia para el tratamiento del paladar hendido

Ofrecemos cobertura para extracciones dentales, procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y Servicios de ortodoncia, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los Servicios son una parte integral de una cirugía reconstructiva para el paladar hendido que cubrimos en “Cirugía Reconstructiva” de la sección “Beneficios” (“paladar hendido” incluye el paladar hendido, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas con el paladar hendido)
- Un Proveedor del Plan proporciona los Servicios o el Grupo Médico autoriza un referido para un Proveedor Fuera del Plan, que es un dentista u ortodoncista (según se describe en “Proceso de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” bajo el título

“Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”)

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Lesión accidental de los dientes (consulte “Lesiones de los dientes”)
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia” (consulte “Visitas al Consultorio”)
- Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”), excepto los cubiertos bajo “Anestesia dental” en esta sección “Servicios Dentales y de Ortodoncia”
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”)

Atención para Diálisis

Cubrimos los Servicios de diálisis para problemas agudos y crónicos si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base.
- Cumple todos los criterios médicos del Grupo Médico y del centro de atención donde se realiza la diálisis.
- Un Médico del Plan proporciona un referido por escrito para recibir atención en el centro.

Una vez que haya recibido la capacitación adecuada en el centro de diálisis que se designe, también cubrimos el equipo y los suministros médicos que se requieran para la hemodiálisis en el hogar y para la diálisis peritoneal en el hogar dentro del Área de Servicio de su Región Base. La cobertura se limita al equipo o los suministros estándares que satisfagan de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos entre rentar y comprar el equipo y los suministros, y también seleccionamos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo y los suministros médicos sin utilizar o pagar el precio justo del mercado por ellos cuando ya no tengan cobertura.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipo médico duradero para uso en el hogar (consulte “Equipo Médico Duradero [DME] para Uso en el Hogar”)
- Servicios para Pacientes Hospitalizados (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados”)
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Atención para Diálisis” (consulte “Visitas al Consultorio”)
- Pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”)

Exclusiones en la atención para diálisis

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

Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar

Reglas sobre la cobertura de DME

El DME para uso en el hogar es un artículo que cumple los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarlo repetidamente.
- El artículo se utiliza principal y habitualmente para un objetivo médico.
- El artículo es útil solamente para una persona con una lesión o enfermedad.
- El artículo es adecuado para su uso en el hogar.

Para que se cubra el DME, deberá cumplir todos los siguientes requisitos:

- Su *EOC* incluye cobertura para el artículo de DME solicitado.
- Un Médico del Plan le ha recetado el artículo de DME para su condición médica.
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en

“Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.

- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base.

La cobertura está limitada al modelo estándar del equipo que se ajusta adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado.

Artículos Básicos de DME

Cubrimos los Artículos Básicos de DME (incluidos la reparación y el cambio del equipo cubierto) si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas sobre la cobertura del DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”. “Artículos Básicos de DME” incluye los siguientes artículos:

- monitores de glucosa en la sangre para los análisis de sangre para la diabetes y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas)
- estimulador óseo
- bastones (con manija curva estándar o apoyo cuádruple) y suministros de reemplazo
- tracción cervical (de puerta)
- muletas (estándar o de antebrazo) y suministros de reemplazo
- almohadilla de presión seca para colchón
- bombas de infusión (como bombas de insulina) y suministros para hacer funcionar la bomba
- soporte para línea intravenosa (IV)
- nebulizador y suministros
- Medidores de flujo máximo
- cobijas para fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos

Artículos Adicionales de DME

Según esta *EOC*, cubrimos únicamente los Artículos Básicos de DME. Con excepción de los suministros para la lactancia, cualquier otro artículo de DME se considera un artículo adicional de DME y no tiene cobertura. La cobertura de los suministros para la lactancia se describe en “Suministros para lactancia”, en esta sección de “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”.

Suministros para lactancia

Cubrimos un extractor regular de leche (también llamados sacaleches) por embarazo y los suministros asociados, como se indica en nuestro sitio web kp.org/prevencion. Decidiremos si alquilamos o compramos el artículo, y elegiremos el proveedor. Cubrimos el extractor de leche para su comodidad. El extractor de leche no está sujeto a los requisitos de una autorización previa.

Si usted o su bebé tienen una condición médica que requiere el uso de un extractor de leche, cubrimos un extractor de leche de grado hospitalario y los suministros necesarios para operarlo, de acuerdo con las reglas de cobertura descritas en “Reglas sobre la cobertura de DME” en esta sección de “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”.

Fuera del Área de Servicio de su Región Base

No ofrecemos cobertura para la mayoría del DME para uso en el hogar fuera del Área de Servicio de su Región Base. Sin embargo, si vive fuera del Área de Servicio de su Región Base, cubriremos el siguiente DME (sujeto al Costo Compartido y demás requisitos de cobertura que se aplican a este DME para uso en el hogar dentro del Área de Servicio de su Región Base) si el artículo se entrega en un Centro del Plan:

- monitores de glucosa en la sangre para los análisis de sangre para la diabetes y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas) de una Farmacia del Plan
- bastones (mango curvo estándar)
- muletas (estándar)
- bombas de insulina y suministros para operarlas, después de haber completado la capacitación y la información sobre el uso de la bomba
- nebulizadores y sus suministros para el tratamiento del asma pediátrico
- medidores de flujo máximo de una Farmacia del Plan

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- equipo y suministros de diálisis necesarios para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en el hogar (consulte “Atención para diálisis”)
- suministros para análisis de orina en diabéticos y dispositivos para la administración de insulina, excepto las bombas de insulina (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- equipo médico duradero relacionado con una Condición Médica de Emergencia o un episodio de Atención de Urgencia (consulte “Atención de Postestabilización” y “Atención de Urgencia Fuera del Área”)

- equipo médico duradero relacionado con enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados Paliativos”)
- insulina y otros medicamentos administrados con una bomba de infusión (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)

Exclusiones de DME para uso en el hogar

- Artículos o equipos para comodidad, conveniencia o lujo, excepto por el extractor de leche regular, según lo descrito en “Suministros para lactancia” en esta sección “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”
- Reparación o sustitución de equipos debido a pérdida, robo o uso indebido

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

- Visitas al Departamento de Emergencias
- Consultas, exámenes y tratamientos de Atención de Urgencia

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de Aborto y relacionados al aborto (Consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)

Servicios de Fertilidad

“Servicios de Fertilidad” se refiere a tratamientos y procedimientos para ayudarle a embarazarse.

Diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad

Los Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la Infertilidad no están cubiertos de acuerdo con esta *EOC*.

Inseminación artificial

Los Servicios de inseminación artificial no están cubiertos de acuerdo con esta *EOC*.

Servicios de tecnología de reproducción asistida (“ART”)

Los Servicios de ART, como la fertilización in vitro (“IVF”), la transferencia intratubárica de gametos (“GIFT”) o la transferencia intratubárica de cigotos (“ZIFT”) no están cubiertos conforme a esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de preservación de la fertilidad para la Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica”)
- Servicios de diagnóstico brindados por proveedores del plan que no son médicos, como electrocardiograma (ECG) y electroencefalogramas (EEG) (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)

Exclusiones en los Servicios de Fertilidad

- Servicios para diagnosticar o tratar la Infertilidad
- Servicios de inseminación artificial
- Reversión de esterilización quirúrgica realizada originalmente con fines de planificación familiar
- Semen y óvulos (y Servicios relacionados con su obtención y conservación)
- Servicios de ART, como trasplantes de óvulos, GIFT, IVF y ZIFT

Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica

Los Servicios de conservación de la fertilidad están cubiertos para Miembros que se someten a tratamiento o que reciben Servicios cubiertos que pueden provocar la Infertilidad iatrogénica, ya sea de manera directa o indirecta.

Los Servicios de conservación de la fertilidad no incluyen el diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad.

En el caso de los Servicios de conservación de la fertilidad cubiertos que reciba, usted pagará el costo compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con la conservación de la fertilidad. Por ejemplo, consulte “Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para saber el Costo Compartido que se aplica a los procedimientos ambulatorios.

Educación para la Salud

Cubrimos diversos medios de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud que su Médico personal del Plan u otros Proveedores del Plan brindan durante una visita cubierta por otra parte de esta *EOC*.

Con el fin de ayudarle a que participe activamente en la protección y el mejoramiento de su salud, también cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud, incluidos programas para dejar de fumar, controlar el estrés y controlar condiciones crónicas (como la diabetes y el asma). Kaiser Permanente también ofrece asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud no cubiertos que puede recibir mediante el pago de una tarifa.

Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud, comuníquese con un Departamento de Educación para la Salud o con Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Servicios para la Audición

Cubrimos lo siguiente:

- Exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva
- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar problemas de la audición

Audífonos

Los audífonos y los Servicios relacionados no están cubiertos por esta *EOC*. Para los dispositivos implantados internamente, consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos” en esta sección “Beneficios”.

Nota: El Programa Hearing Aid Coverage for Children (HACCP) ofrece cobertura de audífonos con financiamiento estatal a niños y jóvenes elegibles de 0 a 20 años. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite www.dhcs.ca.gov/HACCP (en inglés).

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- pruebas de audición de rutina cuando se realizan como parte de un examen de mantenimiento físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”)
- Servicios relacionados con los oídos o la audición, excepto los que se describan en esta sección, como atención a pacientes ambulatorios para el tratamiento de otitis y medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el título que corresponda en esta sección de “Beneficios”)
- implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados (consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”)

Exclusiones en los Servicios para la Audición

- audífonos y pruebas para determinar su eficacia, y pruebas de audición para determinar el audífono adecuado

Atención Médica a Domicilio

“Atención médica a domicilio” se refiere a los Servicios prestados en el hogar por parte de enfermeros, trabajadores sociales médicos, auxiliares de salud a domicilio y terapeutas físicos, ocupacionales y del habla.

Cubriremos el servicio de atención médica a domicilio sin costo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted está confinado a su hogar (o al hogar de un amigo o pariente)
- Su condición requiere de los Servicios de un enfermero o de un terapeuta físico, ocupacional o del habla (los Servicios de los auxiliares de salud a domicilio no tienen cobertura a menos que también reciba atención médica a domicilio con cobertura de un enfermero o un terapeuta físico, ocupacional o del habla que solo pueda administrar un proveedor certificado).
- Un Proveedor del Plan determina que es posible supervisar y controlar de manera eficaz la atención en su hogar y que los Servicios se pueden proporcionar de forma eficaz y segura en su hogar.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base.

Solo cubrimos atención médica a domicilio que sea parcial o intermitente, de la siguiente forma:

- hasta dos horas por visita para las visitas que realice un enfermero, un trabajador social médico, o un terapeuta físico, ocupacional o del habla, y hasta cuatro horas por visita para las visitas que realice un auxiliar de salud a domicilio
- hasta tres visitas por día (contando todas las visitas de salud a domicilio)
- hasta 100 visitas por Período de Acumulación (contando todas las visitas de salud a domicilio)

Nota: Si una visita de un enfermero, trabajador social médico o terapeuta físico, ocupacional o del habla dura más de dos horas, cada periodo adicional de dos horas se considera como una visita distinta. Si la visita de un auxiliar de salud a domicilio dura más de cuatro horas, cada periodo adicional de cuatro horas se considera como una visita distinta. Por ejemplo, si un enfermero va a su casa por tres horas y luego se va, eso se considera como dos visitas. Además, cada persona que le proporcione Servicios se cuenta para ese límite de consultas. Por ejemplo, si un auxiliar de salud a domicilio y

un enfermero están en su hogar durante las mismas dos horas, eso cuenta como dos visitas.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista (consulte “Servicios de Salud Mental”)
- Atención para diálisis (consulte “Atención para Diálisis”)
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo Médico Duradero [“DME”] para Uso en el Hogar”)
- Suministros para ostomía y urológicos (consulte “Suministros para Ostomía y Urológicos”)
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Consultas para terapias física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación”)
- Aparatos protésicos y ortopédicos (consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”)

Exclusiones en la atención médica a domicilio

- La atención que un miembro de la familia u otra persona sin conocimientos médicos puede proporcionar de manera segura y eficaz en el hogar después de recibir la capacitación adecuada. Esta atención se excluye incluso si la cubriéramos de ser proporcionada por un profesional médico calificado en un hospital o Centro de Enfermería Especializada
- Atención en el hogar si el hogar no es un lugar seguro y eficaz para proporcionar tratamiento

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para proporcionar servicios mitigantes y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un Miembro que se encuentra en las últimas etapas de su vida debido a una enfermedad terminal. También proporcionan apoyo al principal encargado del cuidado y a la familia del Miembro. Un Miembro que elige recibir cuidados paliativos está escogiendo recibir atención paliativa para aliviar el dolor y otros síntomas asociados con las enfermedades terminales, y no atención para tratar de curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

Cubrimos los servicios de cuidados paliativos que se mencionan a continuación si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan diagnostica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su expectativa de vida es de 12 meses o menos
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base o en California, pero en un radio de 15 millas o a 30 minutos del Área de Servicio de su Región Base (incluido el hogar de un amigo o familiar, aunque usted viva allí temporalmente)
- Los Servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un Proveedor del Plan
- Un Médico del Plan determina que los Servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y los problemas de salud relacionados

Si se cumplen todos los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes Servicios de cuidados paliativos, si resultan necesarios para sus cuidados paliativos:

- Servicios de un Médico del Plan
- Atención de enfermería especializada, incluidos la evaluación y el manejo de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y alivio de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia, e instrucciones para los cuidadores
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para aliviar los síntomas o permitirle seguir realizando las actividades de la vida diaria
- Terapia respiratoria
- Servicios médico-sociales
- Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de tareas domésticas
- Suministro de hasta 100 días de medicamentos paliativos recetados para controlar el dolor y los síntomas de la enfermedad terminal, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Deberá obtener estos medicamentos en una Farmacia del Plan. Ciertos medicamentos están limitados a un suministro máximo de 30 días en cualquier periodo de 30 días (su farmacia del plan puede decirle si un medicamento que usted toma es uno de estos medicamentos)
- Equipo médico duradero
- Atención de relevo cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de servicio ocasional y a corto plazo que se brinda a pacientes hospitalizados y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos cada vez
- Servicios de asesoramiento y apoyo para personas en duelo

- Asesoría nutricional

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

- atención de enfermería continua hasta por 24 horas al día, según sea necesaria para mantenerlo en el hogar
- servicios para paciente hospitalizado a corto plazo necesarios a un nivel que no pueda ofrecerse en el hogar

Servicios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los siguientes Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan, cuando los Servicios se proporcionan de forma general y habitual en hospitales generales de cuidados agudos en el Área de Servicio de su Región Base:

- Habitación y alimentación, incluida una habitación privada si es Necesaria desde el Punto de Vista Médico.
- Atención especializada y unidades de cuidados críticos.
- Atención general y especializada de enfermería.
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios de Médicos del Plan, incluidas las consultas y el tratamiento por parte de especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados (para los medicamentos recetados cuando le dan el alta hospitalaria, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios”)
- Materiales radioactivos utilizados para fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios, incluidos MRI, TC y TEP.
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración.
- Atención de obstetricia y partos (incluidas las cesáreas). Nota: Si recibe el alta hospitalaria dentro de las 48 horas posteriores al parto (o 96 horas si es por cesárea), el Médico del Plan podría indicar una consulta de seguimiento para usted y el recién nacido, la cual deberá realizarse en un plazo de 48 horas después del alta hospitalaria (consulte la información sobre las consultas posteriores al alta hospitalaria en “Visitas al Consultorio” en la sección “Beneficios”).
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista

- Terapia respiratoria
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en nuestro programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria).
- Servicios médico-sociales y programación del alta hospitalaria.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de Aborto y relacionados al aborto (Consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)
- procedimientos quirúrgicos bariátricos (consulte “Cirugía bariátrica”)
- procedimientos dentales y de ortodoncia (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”)
- Atención para diálisis (consulte “Atención para Diálisis”)
- Servicios de preservación de la fertilidad para la Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica”)
- Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad, inseminación artificial o tecnología de reproducción asistida (consulte “Servicios de Fertilidad”)
- Cuidados paliativos (consulte “Cuidados Paliativos”)
- Servicios de salud mental (consulte “Servicios de Salud Mental”)
- Aparatos protésicos y ortopédicos (consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”)
- Servicios de cirugía reconstructiva (consulte “Cirugía Reconstructiva”)
- Servicios relacionados con un ensayo clínico (consulte “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico”)
- Servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada del Plan (consulte “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”)
- Servicios de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias (consulte “Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias”)
- Servicios de trasplante (consulte “Servicios de Trasplante”)

Lesiones en los Dientes

Esta *EOC* no incluye los Servicios por lesiones accidentales de los dientes.

Servicios de Salud Mental

Cubrimos los Servicios que se indican en la sección “Servicios de Salud Mental” solo cuando los Servicios son para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de Trastornos de Salud Mental. Un “Trastorno de Salud Mental” es una condición de salud mental que se incluye en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que se enumera en la versión más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios cuando los prestan Médicos del Plan u otros Proveedores del Plan que son profesionales de la atención médica titulados que actúan dentro del alcance de sus licencias:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y de grupo, incluido el primer episodio de psicosis
- pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un Trastorno de Salud Mental
- Servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista
- Terapia electroconvulsiva
- Estimulación magnética transcraneal

Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo

Ofrecemos cobertura para los programas de tratamiento psiquiátrico intensivo en un Centro de Atención del Plan, como:

- Hospitalización parcial
- Tratamiento interdisciplinario en un programa de tratamiento intensivo diurno o para pacientes ambulatorios
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda

Tratamiento en entorno residencial

Dentro del Área de Servicio de su Región Base, cubrimos los siguientes Servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado de salud mental las 24 horas, los Servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento en entorno residencial de salud mental en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado, y los Servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y de grupo
- Servicios médicos
- Control de los medicamentos
- Habitación y alimentación
- Servicios sociales
- Medicamentos recetados por un Proveedor del Plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles si se los administra el personal médico en el centro (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del centro de tratamiento en entorno residencial, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios”)
- Planificación del alta hospitalaria

Servicios de Afirmación de Género

En el caso de los Servicios cubiertos que reciba para el tratamiento de la disforia de género, usted pagará el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con la disforia de género. Por ejemplo:

- Consulte la sección “Medicamentos Administrados” para los medicamentos administrados
- Consulte la sección “Visitas al Consultorio” para obtener información sobre el tratamiento de la disforia de género, como la terapia hormonal y los procedimientos de eliminación del vello
- Consulte la sección “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios” para los servicios de laboratorio y de imágenes diagnósticas
- Consulte la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” para los medicamentos, suministros y suplementos
- Consulte la sección “Cirugía Reconstructiva” para los servicios quirúrgicos
- Consulte la sección “Servicios de Rehabilitación y Habitación” para la terapia del habla (voz)

Hospitalización psiquiátrica

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica en un Hospital del Plan. La Cobertura incluye habitación y alimentación, medicamentos y los Servicios de Médicos del Plan o de otros Proveedores del Plan que son profesionales de la salud titulados y que actúan dentro del ámbito de su especialidad.

Servicios de los Proveedores Fuera del Plan

Si no podemos ofrecerle una cita con un Proveedor del Plan dentro de los estándares requeridos en cuanto a acceso geográfico y oportuno, le ofreceremos un referido a un Proveedor Fuera del Plan (como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Además, cubrimos sin autorización previa los Servicios proporcionados por un centro 988, un equipo móvil para crisis u otro proveedor de servicios de salud del comportamiento para el manejo de crisis (colectivamente, “Servicios 988”) para el tratamiento necesario desde el punto de vista médico de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, hasta que se estabilice el trastorno, según lo exige la ley estatal. Una vez estabilizado el trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, la atención de postestabilización prestada por Proveedores Fuera del Plan está sujeta a autorización previa, tal como se describe en “Atención de Postestabilización” de la sección “Servicios de Emergencia”.

Para estos Servicios de referidos y los Servicios 988, usted deberá pagar el Costo Compartido requerido para los servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones

- Tratamiento de salud mental para el trastorno del espectro autista proporcionado durante una estadía cubierta en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Atención para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”)
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Laboratorio para pacientes ambulatorios y estudios del sueño (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Consultas para terapias físicas, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habitación”)
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”)

Visitas al Consultorio

Cubrimos lo siguiente:

- Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos
- Consultas con Especialistas Médicos
- Citas grupales
- Servicios de acupuntura (proporcionados generalmente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para tratar el dolor crónico)
- Consultas a domicilio por parte de un Médico del Plan (o un Proveedor del Plan que sea enfermero titulado) dentro del Área de Servicio de su Región Base, cuando un Médico del Plan determina que acudir a su hogar es la mejor forma de administrar la atención

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de Aborto y relacionados al aborto (Consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)

Suministros para Ostomía y Urológicos

Cubrimos suministros para ostomía y urológicos si se cumplen los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan le ha recetado los suministros de ostomía y urología para su condición médica.
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados referidos” en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base.

La cobertura está limitada al modelo estándar del equipo que se ajusta adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor.

Exclusiones en los suministros para ostomía y urológicos

- Equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo

Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios solo cuando parte de la atención está cubierta conforme a otros encabezados de la sección “Beneficios”. Un Proveedor del Plan debe recetar los Servicios.

- Imágenes diagnósticas complejas (que no sean preventivas), como TC, MRI y TEP
- Servicios de imágenes diagnósticas básicas, como radiografías, mamografías y ecografías de diagnóstico y terapéuticas
- Medicina nuclear
- Exámenes fotográficos de rutina para la detección de trastornos de la retina
- Análisis de laboratorio (incluidas las pruebas para monitorear la eficacia de la diálisis y pruebas para trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoría genética)
- Servicios de diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos (como ECG, EEG y estudios de sueño)
- Radioterapia
- Tratamientos con luz ultravioleta, incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta para uso doméstico, si (1) el equipo fue aprobado para usted por medio del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”, y (2) el equipo se proporciona dentro del Área de Servicio de su Región Base. (La cobertura para el equipo de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado).

Brindamos cobertura para pruebas de laboratorio a fin de diagnosticar o detectar el COVID-19 por parte de Proveedores del Plan o Proveedores Fuera del Plan, incluida una consulta con el proveedor para llevar a cabo la prueba de laboratorio.

Brindamos cobertura para un total de ocho pruebas de COVID-19 de venta libre y autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por mes calendario, realizadas por Proveedores del Plan o Proveedores Fuera del Plan. Las pruebas de venta libre son pruebas que uno mismo se administra que permiten obtener los resultados en el hogar y

están disponibles sin receta. A los efectos de esta sección, un “Proveedor del Plan” es una Farmacia del Plan, un pedido por correo hecho por medio de nuestro sitio web en kp.org/espanol o una farmacia minorista participante. A los efectos de esta sección, un “Proveedor Fuera del Plan” es una farmacia o un minorista de venta en línea que no es un Proveedor del Plan. Para obtener más información sobre la cobertura y las limitaciones, incluida la lista actual de Proveedores del Plan, visite nuestro sitio web o llame al Servicio a los Miembros.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de Aborto y relacionados al aborto (Consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)
- Servicios de imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio que son Servicios Preventivos, tales como las mamografías de rutina, los exámenes de densidad ósea, y las pruebas de detección de laboratorio (consulte “Servicios Preventivos”)
- Procedimientos para Pacientes Ambulatorios que incluyan Servicios de imágenes diagnósticas y de diagnóstico (consulte “Cirugía y Otros Procedimientos para Pacientes Ambulatorios”)
- Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad, inseminación artificial o Servicios con tecnología de reproducción asistida (“ART”) (consulte “Servicios de Fertilidad”)

Exclusiones para Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

- equipos o artículos de terapia con luz ultravioleta para comodidad, conveniencia o lujo
- reparación o sustitución de equipos de terapia con luz ultravioleta debido a pérdida, robo o uso indebido

Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”, de acuerdo con nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, sujeto a cualquier exclusión o limitación conforme a esta *EOC*. Cubrimos los siguientes productos que se describen en esta sección cuando son recetados:

- Productos recetados por los Proveedores del Plan, dentro del alcance de su licencia y práctica.

- Productos recetados por los siguientes Proveedores Fuera del Plan:
 - ♦ dentistas, si el medicamento es para atención dental
 - ♦ Médicos Fuera del Plan si el Grupo Médico autoriza un referido por escrito al Médico Fuera del Plan (de acuerdo con el “Proceso de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”) y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de ese referido
 - ♦ Médicos Fuera del Plan si la receta médica se obtuvo al recibir Servicios cubiertos de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” (si surte su receta en una Farmacia del Plan, es posible que deba pagar Cargos por el artículo y presentar un reclamo de reembolso como se describe en “Pago y Reembolso” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”)
 - ♦ Proveedores Fuera del Plan que no son proveedores de Servicios de Emergencia ni Atención de Urgencia Fuera del Área si la receta es de tratamientos terapéuticos para el COVID-19 (si la receta se surte en una Farmacia del Plan, es posible que deba pagar un Cargo por el artículo y presentar un reclamo de reembolso, como se describe en la sección “Reclamos y Apelaciones Posteriores al Servicio”)

Nota: Si obtiene una receta de un Proveedor Fuera del Plan relacionada con atención dental o de tratamientos terapéuticos para el COVID-19, como se describió anteriormente, no brindamos cobertura para visitas al consultorio ni para ningún otro servicio que preste el Proveedor Fuera del Plan.

Cómo obtener los productos cubiertos

Debe obtener los artículos cubiertos en una Farmacia del Plan o por medio de nuestro servicio de pedidos por correo, a menos que el artículo se obtenga de un Proveedor Fuera del Plan como parte de los Servicios de Emergencia, la Atención de Postestabilización o la Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos, como se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, o si un Proveedor Fuera del Plan le receta tratamientos terapéuticos para el COVID-19.

Para conocer las ubicaciones de las Farmacias del Plan, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Resurtidos

Puede pedir que le vuelvan a surtir sus recetas en una Farmacia del Plan a través de nuestro servicio de pedidos por correo o de nuestro sitio web en kp.org/rxrefill (en inglés). Una Farmacia del Plan le dará más detalles sobre las distintas

opciones para volver a surtir sus medicamentos. Por ejemplo, algunas Farmacias del Plan no vuelven a surtir recetas y no todos los medicamentos se pueden enviar a través de nuestro servicio de pedidos por correo. Consulte en una Farmacia del Plan si tiene preguntas sobre si puede recibir sus medicamentos recetados por correo u obtenerlos en una Farmacia del Plan. Los artículos disponibles por medio del servicio de pedidos por correo están sujetos a cambio sin previo aviso.

Límite de días de suministro

El médico o dentista que extienda la receta determina la cantidad de un medicamento, artículo, suministro o suplemento recetado. Con relación al límite de días de suministro, los Médicos del Plan determinan la cantidad de un artículo que constituye un suministro Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted (30 o 100 días, o 365 días si el artículo es un anticonceptivo hormonal). Luego de pagar el Costo Compartido que se especifica en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido”, recibirá el producto recetado hasta el límite de días de suministro que también se indica en esta sección o en la lista de medicamentos recetados disponibles de su plan (consulte “Acerca de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles” a continuación). El máximo que puede recibir por vez para un artículo cubierto, a excepción de un anticonceptivo hormonal, puede ser de 30 días en un periodo de 30 días o de 100 días en un periodo de 100 días. Si desea recibir el producto para un periodo mayor al límite de días de suministro cubierto, deberá pagar Cargos por cualquier cantidad recetada que exceda este límite.

Si su plan incluye cobertura para anticonceptivos hormonales, lo máximo que puede recibir de medicamentos anticonceptivos de una sola vez es un suministro para 365 días. Para obtener un suministro para 365 días, hable con su proveedor tratante. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para saber si su plan incluye la cobertura de anticonceptivos hormonales.

Si su plan incluye la cobertura de medicamentos para la disfunción sexual, el máximo que puede recibir de una sola vez de medicamentos para episodios recetados para el tratamiento de trastornos de disfunción sexual es de ocho dosis en cualquier periodo de 30 días o hasta 27 dosis en cualquier periodo de 100 días. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para saber si su plan incluye la cobertura de medicamentos para la disfunción sexual.

La farmacia puede reducir la cantidad de días de suministro de cualquier medicamento que se surte con el Costo Compartido especificado en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido” a un suministro de 30 días en cualquier periodo de 30 días, si la farmacia determina que hay existencias limitadas del

producto o para medicamentos específicos (la Farmacia del Plan podrá decirle si este es su caso).

Acerca de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles

La lista de medicamentos recetados disponibles incluye una lista de los medicamentos que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica aprobó para nuestros Miembros. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está integrado principalmente por Médicos y farmacéuticos del Plan, selecciona medicamentos para la lista de medicamentos recetados disponibles basándose en varios factores, como la seguridad y la eficacia, según se determina mediante el estudio de las publicaciones médicas. 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, consulte la lista de medicamentos de California Marketplace en nuestro sitio web en kp.org/formulary (en inglés). La lista de medicamentos también menciona los requisitos o las limitaciones que se aplican a medicamentos específicos, por ejemplo, si existe un límite para la cantidad del medicamento que se puede entregar y si el medicamento debe obtenerse en determinadas farmacias especializadas. Si desea solicitar una copia de esta lista de medicamentos recetados disponibles, llame a Servicio a los Miembros. Nota: La inclusión de un medicamento en la lista de medicamentos recetados disponibles no significa, necesariamente, que se vaya a recetar para una condición médica en particular.

Proceso de excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles

Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles le permiten obtener medicamentos recetados que no se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles (que no estén en la lista de medicamentos recetados para su afección), como si estuvieran cubiertos de otro modo por su plan, como se describió anteriormente, y sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud respecto a que un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles no está cubierto, puede presentar una queja formal tal como se establece en la sección “Resolución de Disputas”.

Continuidad de la administración de medicamentos

Si esta *EOC* se enmienda para excluir algún medicamento que está cubierto conforme a esta *EOC*, el medicamento se seguirá brindando solo si la ley exige una receta médica y un Médico del Plan continúa recetando el medicamento para la misma condición y su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal.

Acerca de los niveles de medicamentos

Los medicamentos de su plan están clasificados en niveles, tal como se describe en la tabla a continuación (su plan no incluye un Nivel 3). Su Costo Compartido de los artículos cubiertos puede variar en función del nivel. Consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC para conocer los Costos Compartidos de los artículos cubiertos conforme a esta sección. Consulte la lista de medicamentos recetados disponibles para saber en qué nivel se encuentra un medicamento en particular y las definiciones de “medicamento genérico”, “medicamento de marca” y “medicamento especializado”.

Nivel	Descripción
Nivel 1	La mayoría de los medicamentos, suministros y suplementos genéricos (también incluye determinados medicamentos, suministros y suplementos de marca)
Nivel 2	La mayoría de los medicamentos, suministros y suplementos de marca (también incluye determinados medicamentos, suministros y suplementos genéricos)
Nivel 4	Medicamentos, suministros y suplementos de marca o genéricos de alto costo (llamados a veces “medicamentos de especialidad”)

Estos niveles se aplican a los medicamentos, suministros y suplementos de la lista de medicamentos recetados disponibles y los que no se encuentran en esta lista. Si necesita ayuda para determinar si un medicamento, suministro o suplemento que se encuentra, o no, en la lista de medicamentos recetados disponibles está clasificado como de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 4, por favor llame a Servicio a los Miembros. Nota: Los medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles no están cubiertos, a menos que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, según se describe en “Proceso de excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles” de la sección anterior “Acerca de la lista de medicamentos recetados disponibles”.

Reglas generales sobre la cobertura y su Costo Compartido

Cubrimos los siguientes medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”:

- Medicamentos que, de conformidad con la ley, requieren receta médica. También cubrimos ciertos medicamentos y artículos de venta sin receta (medicamentos y artículos que no requieren receta médica por ley) si están incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y son recetados por un Médico del Plan, excepto que no se requiere receta para los anticonceptivos de venta sin receta.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar los suplementos y medicamentos cubiertos.
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos.

Nota:

- Si los Cargos de los medicamentos, suministros y suplementos son inferiores al Copago, pagará la cantidad que sea menor, sujeto a cualquier deducible o gasto máximo de bolsillo aplicables.
- Los artículos pueden cambiar de nivel en cualquier momento, de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos cubiertos, lo que puede afectar el Costo Compartido (por ejemplo, si se agrega un medicamento de marca a la lista de medicamentos especializados, pagará el Costo Compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4, no el Costo Compartido para los medicamentos del Nivel 2).

Anexo II de medicamentos

Usted o el proveedor que receta pueden solicitar que la farmacia surta una cantidad menor a la recetada de una dosis por vía oral o de forma sólida cubierta de un Anexo II de medicamentos (su Farmacia del Plan puede decirle si un medicamento que toma es uno de estos medicamentos). Se prorrateará su Costo Compartido según la cantidad de medicamento que se entregue. Si la farmacia no prorratea su Costo Compartido, le enviaremos un reembolso por la diferencia.

Servicio de pedidos por correo

Los resurtidos de medicamentos recetados se pueden enviar por correo en 3 a 5 días sin costo adicional por el correo estándar de EE. UU. Se aplicará el Costo Compartido correspondiente (de acuerdo con su cobertura de medicamentos) y se debe cargar a una tarjeta de crédito válida.

Podrá solicitar el servicio de pedidos por correo de las siguientes formas:

- Para pedir en línea, visite kp.org/rxrefill (puede registrarse para obtener una cuenta segura en kp.org/registreseahora) o use la aplicación de Kaiser Permanente (KP) desde su dispositivo móvil o teléfono inteligente

- Llame al número de teléfono de la farmacia, que aparece resaltado en la etiqueta de su receta, y seleccione la opción de pedidos por correo
- En su siguiente visita a la farmacia de Kaiser Permanente, pregúntele a nuestro personal cómo puede recibir los medicamentos recetados por correo

Nota: Se aplican restricciones y limitaciones. Por ejemplo, no todos los medicamentos pueden enviarse por correo y no podemos enviarlos a todos los estados.

Programa de cupones del fabricante

Respecto a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios o los artículos mencionados en la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” que se obtienen en una Farmacia del Plan, puede ocupar cupones aprobados del fabricante como pago del Costo Compartido que debe, tal como lo permite el programa de cupones del Plan de Salud. Usted será responsable de cualquier cantidad adicional si el cupón no cubre el monto completo del Costo Compartido de su receta. Al usar un cupón aprobado para el pago de su costo compartido, la cantidad en cupones, así como cualquier pago adicional que realice, se acumulará a su gasto máximo de bolsillo, si corresponde. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC* para conocer el monto del gasto máximo de bolsillo y saber cuáles medicamentos y artículos se aplican al monto máximo. Los cupones no son válidos para algunas coberturas del plan de salud. Puede obtener más información sobre el reglamento y las limitaciones del programa de cupones de Kaiser Permanente en kp.org/rxcoupons (haga clic en “Español”).

Medicamentos, suministros y suplementos básicos

El Costo Compartido de los siguientes artículos puede ser diferente al de otros medicamentos, suministros y suplementos. Consulte “Medicamentos, suministros y suplementos básicos” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*:

- determinados medicamentos para el tratamiento de la arritmia ventricular potencialmente mortal
- medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
- nutrición enteral elemental cuando se usa como terapia primaria para la enteritis local
- agentes hematopoyéticos para diálisis
- agentes hematopoyéticos para el tratamiento de la anemia en la insuficiencia renal crónica
- hormona de crecimiento humano para pacientes pediátricos con problemas de crecimiento provocados por la falta de secreción adecuada de la hormona de crecimiento endógena
- inmunodepresores y ganciclovir y profármacos del ganciclovir para el tratamiento del citomegalovirus cuando se recetan por un trasplante

- aglutinantes de fosfato para pacientes en diálisis para el tratamiento de la hiperfosfatemia en la insuficiencia renal terminal

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos recetados para servicios de aborto y relacionados al aborto (Consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)
- Anticonceptivos administrados (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)
- Equipos y suministros para realizar análisis de sangre para la diabetes, bombas de insulina y sus suministros (consulte “Equipo Médico Duradero [“DME”] para Uso en el Hogar”)
- Medicamentos cubiertos para su uso durante una estadía con cobertura en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”)
- Medicamentos recetados para controlar el dolor y los síntomas de enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados Paliativos”)
- Equipo médico duradero para administrar medicamentos (consulte “Equipo médico duradero [“DME”] para Uso en el Hogar”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios que no sean anticonceptivos (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)

Exclusiones en medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

- Cualquier empaque solicitado (como empaques de dosis) que no sea el habitual de la farmacia que lo surte.
- Productos preparados, a menos que el medicamento esté incluido en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o que la ley exija una receta médica para la venta de alguno de sus ingredientes.
- Medicamentos que se recetan para acortar la duración de un resfriado común.
- Medicamentos recetados para los que no hay equivalente de venta sin receta (la misma fórmula de ingrediente activo, concentración y dosificación que el medicamento recetado). Esta exclusión no se aplica a:
 - ♦ insulina
 - ♦ medicamentos de venta sin receta cubiertos de conformidad con los “Servicios Preventivos” en esta sección de “Beneficios” (incluye medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos)

- ♦ una clase completa de medicamentos recetados cuando un medicamento dentro de esa clase está disponible sin receta
- Todos los medicamentos, suministros y suplementos para el diagnóstico y tratamiento de la Infertilidad o los relacionados con la inseminación artificial.
- Todos los medicamentos, suministros y suplementos relacionados con los Servicios de tecnología de reproducción asistida (“ART”).
- Medicamentos recetados únicamente para perder peso, excepto cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento de la obesidad mórbida. Es posible que los Miembros a quienes se les recetan medicamentos para la obesidad mórbida tengan que inscribirse en un programa integral para la pérdida de peso que esté cubierto, por un periodo razonable previo o simultáneo al momento en que reciban el medicamento recetado.

Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos los siguientes Servicios de atención para pacientes ambulatorios:

- Cirugía para pacientes ambulatorios
- Los procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos los Servicios de imágenes diagnósticas y de diagnóstico) cuando se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes externos o en el quirófano de un hospital o en cualquier otro lugar donde un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de preservación de la fertilidad para la Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica”)
- Los procedimientos para pacientes ambulatorios (incluidos los Servicios de imágenes diagnósticas y de diagnóstico) que no requieren que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales (consulte la sección que, de otro modo, aplicaría para el procedimiento; por ejemplo, para los procedimientos de radiología que no requieren que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)

Servicios Preventivos

Ofrecemos cobertura para una variedad de Servicios Preventivos de Proveedores del Plan, según aparece en la lista en nuestro sitio web kp.org/prevencion, incluidos los siguientes:

- Servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos con puntuación “A” o “B”. Encontrará la lista completa de estos servicios en uspreventiveservicestaskforce.org
- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor en Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Puede encontrar la lista completa de las vacunas recomendadas en cdc.gov/vaccines/schedules
- Los servicios preventivos recomendados por la Administración de Servicios y Recursos de Salud e incorporados a la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Puede encontrar la lista completa de estos servicios en hrsa.gov/womens-guidelines

Nota: Ofrecemos cobertura para las vacunas que previenen el COVID-19 y que se administran en un Consultorio Médico del Plan o por parte de un Proveedor Fuera del Plan. Si obtiene esta vacuna de un Proveedor Fuera del Plan (excepto los proveedores de Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área), no ofrecemos cobertura para las visitas al consultorio ni ningún otro servicio del Proveedor Fuera del Plan que no sea la administración de la vacuna.

La lista de Servicios Preventivos recomendados por las organizaciones mencionadas anteriormente está sujeta a cambios. Estos Servicios Preventivos están sujetos a todos los requisitos de cobertura que se describen en la sección “Beneficios” y a todas las disposiciones de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”.

Si usted está inscrito en un plan con derechos adquiridos por antigüedad, es posible que algunos artículos preventivos que aparecen en la lista de nuestro sitio web no estén cubiertos, tales como los medicamentos de venta sin receta. Consulte la tabla de “Ciertos productos de prevención”, en la sección “Resumen del Costo Compartido”, de esta EOC para obtener información sobre la cobertura. Si tiene preguntas acerca de los Servicios Preventivos, por favor, llame a Servicio a los Miembros.

Nota: Los Servicios Preventivos le ayudan a mantenerse sanos, antes de que presente síntomas. Si presenta síntomas, es posible que necesite otro tipo de atención, como servicios de diagnóstico o de tratamiento. Si recibe algún otro Servicio con cobertura que no sea un Servicio preventivo antes, durante o después de una consulta que incluya Servicios preventivos, deberá pagar los Costos Compartidos correspondientes a estos otros Servicios. Por ejemplo, si los

Servicios de análisis de laboratorio o de imágenes diagnósticas ordenados durante una visita al consultorio preventiva no resultan ser Servicios Preventivos, usted deberá pagar el Costo Compartido aplicable por esos Servicios.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- extractores de leche y suministros para lactancia (consulte “Suministros para lactancia” en “Equipo Médico Duradero [“DME”] para Uso en el Hogar”)
- programas de educación para la salud (consulte “Educación para la Salud”)
- medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios que son Servicios Preventivos (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- asesoramiento sobre planificación familiar, consultas y Servicios de esterilización (consulte “Servicios de Salud Reproductiva”)

Aparatos Protésicos y Ortopédicos

Reglas de cobertura de los aparatos protésicos y ortopédicos

La mayoría de los aparatos protésicos y ortopédicos no están cubiertos en esta *EOC*.

Cubrimos los aparatos protésicos y ortopédicos especificados en la sección “Aparatos Protésicos y Ortopédicos” si se cumplen todas estas condiciones:

- El dispositivo es de uso general y repetido, y se utiliza principal y habitualmente con propósitos médicos.
- El dispositivo es un dispositivo estándar que satisface de forma apropiada sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo de un proveedor o vendedor que nosotros seleccionamos.
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en el título “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del Área de Servicio de su Región Base.

La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos aparatos, su reparación o reemplazo y los Servicios para determinar si necesita un aparato protésico u ortopédico. Si cubrimos el reemplazo del dispositivo, usted pagará el Costo Compartido que pagaría por obtener el dispositivo.

Aparatos protésicos y ortopédicos básicos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura de los aparatos protésicos y ortopédicos” de la sección “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”, cubriremos los artículos descritos en esta sección “Aparatos protésicos y ortopédicos básicos”.

Dispositivos de implantación interna

Cubrimos aparatos protésicos y ortopédicos, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos integrados al hueso y articulaciones de cadera, si se implantan durante una cirugía cubierta bajo otra sección de esta sección de “Beneficios”.

En el caso de los aparatos protésicos y ortopédicos implantados internamente, usted paga el Costo Compartido del procedimiento para implantar el aparato. Por ejemplo, consulte “Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC para saber el Costo Compartido que se aplica a la Cirugía para Pacientes Ambulatorios.

Dispositivos externos

Ofrecemos cobertura para los siguientes aparatos protésicos y ortopédicos externos:

- Aparatos protésicos y accesorios de instalación utilizados para restaurar el habla después de la extirpación de parte o la totalidad de la laringe (no se incluyen las máquinas electrónicas de producción de voz, ya que no son aparatos protésicos)
- Después de la extirpación total o parcial de un seno, Necesaria desde el Punto de Vista Médico:
 - ♦ prótesis, incluidas las prótesis hechas a medida cuando sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico
 - ♦ hasta tres sostenes necesarios para sostener una prótesis en cualquier periodo de 12 meses
- Dispositivos de podología (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los receta un Médico del Plan o un Proveedor del Plan que es un podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras, y vendas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para los Miembros que se alimentan a través de una sonda, según las pautas de Medicare.
- Bomba para alimentación enteral y suministros.
- Tubo de traqueostomía y suministros.
- Prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una sección externa del rostro que se haya dañado o extirpado debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito

Aparatos protésicos y ortopédicos suplementarios

De acuerdo con esta *EOC*, solamente cubrimos los aparatos protésicos y ortopédicos que se incluyen en “Aparatos protésicos y ortopédicos básicos” de esta sección “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”. Cualquier otro aparato protésico y ortopédico se considera un dispositivo adicional, y no está cubierto por esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Anteojos y lentes de contacto, incluidos los lentes de contacto para tratar la aniridia o afaquia (consulte “Servicios para la Vista para Miembros Adultos” y “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”)
- Audífonos, excepto los dispositivos implantados internamente descritos en esta sección (consulte “Servicios para la Audición”)
- Implantes inyectables (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)

Exclusiones en los aparatos protésicos y ortopédicos

- Lentes intraoculares multifocales y para corregir el astigmatismo
- Suministros no rígidos, como medias elásticas y pelucas, a menos que se haya dado otra indicación en la sección anterior “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”
- Equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo
- Reparación o reemplazo de un dispositivo a causa de pérdida, robo o uso indebido
- Zapatos, plantillas o soportes de arco, o cualquier otro calzado incluso si se fabrica a la medida, excepto el calzado descrito anteriormente en la sección “Aparatos Protésicos y Ortopédicos” para las complicaciones relacionadas con la diabetes
- Aparatos protésicos y ortopédicos no diseñados para realizar actividades normales de la vida diaria (incluidos los dispositivos diseñados para ofrecer un soporte adicional para realizar actividades recreativas y deportivas)

Cirugía Reconstructiva

Cubrimos los siguientes Servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras corporales anormales provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un Médico del Plan determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.

- Cubrimos la reconstrucción del seno después de la extirpación Necesaria desde el Punto de Vista Médico de todo o una parte de este, también cubrimos la cirugía y la reconstrucción del otro seno para proporcionar un aspecto simétrico y el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Por los Servicios cubiertos relacionados con la cirugía reconstructiva que reciba, deberá pagar el Costo Compartido que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con una cirugía reconstructiva. Por ejemplo, consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” en esta *EOC* para conocer el Costo Compartido que corresponde a Servicios para pacientes hospitalizados, y consulte “Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios” en el “Resumen del Costo Compartido” para conocer el Costo Compartido que corresponde a la cirugía para pacientes ambulatorios.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios dentales y de ortodoncia que son parte integral de la cirugía reconstructiva de paladar hendido (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”)
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Cirugía reconstructiva” (consulte “Visitas al Consultorio”)
- Imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)
- Aparatos protésicos y ortopédicos (consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”)
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”)

Exclusiones en la cirugía reconstructiva

- aquella cirugía que, a juicio del Médico del Plan especialista en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia

Servicios de Rehabilitación y Habilidad

Cubrimos los Servicios descritos en esta sección “Servicios de Rehabilitación y Habilidad”, si se cumplen todas estas condiciones:

- Los Servicios se brindan para atender una condición médica

- Los Servicios son para ayudar a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.
- Usted recibe los Servicios en un Centro de Atención del Plan, salvo que un Médico del Plan determine que es Necesario desde el Punto de Vista Médico que reciba los Servicios en otra ubicación.

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla individual para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla grupal para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla impartidas mediante un programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista (consulte “Servicios de Salud Mental”)
- Atención médica a domicilio (consulte “Atención Médica a Domicilio”)
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo Médico Duradero [“DME”] para Uso en el Hogar”)
- Suministros para ostomía y urológicos (consulte “Suministros para Ostomía y Urológicos”)
- Aparatos protésicos y ortopédicos (consulte “Aparatos Protésicos y Ortopédicos”)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida durante una estadía con cobertura en un Hospital del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”)

Exclusiones en los Servicios de rehabilitación y habilitación

- artículos y servicios que no son para la atención médica (por ejemplo, atención de relevo, guardería infantil, atención recreativa, tratamiento en entorno residencial, servicios sociales, atención de custodia o servicios educativos de cualquier tipo, incluso la capacitación vocacional)

Servicios de Salud Reproductiva

Servicios de Planificación Familiar

Cubrimos los siguientes Servicios cuando se proporcionan para fines de planificación familiar:

- Asesoramiento sobre planificación familiar
- Anticonceptivos inyectables, anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada o dispositivos intrauterinos (“DIU”) y visitas al consultorio relacionadas con su inserción, extracción y administración cuando se proporcionen para prevenir el embarazo
- Procedimientos de esterilización para Miembros asignadas mujer al nacer
- Procedimientos de esterilización para Miembros asignados varón al nacer

Servicios de Doulas del Plan

Si está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses y desea los servicios de Doulas del Plan, hable con su equipo de atención. Cubrimos los siguientes servicios de Doulas del Plan:

- Una visita inicial
- Hasta ocho consultas de una hora que pueden realizarse en cualquier combinación de visitas prenatales y posparto
- Apoyo durante el trabajo de parto y el parto

Pueden estar disponibles hasta dos visitas postparto adicionales.

Servicios de Aborto y relacionados con el Aborto

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

- Aborto quirúrgico
- Medicamentos recetados, según nuestras pautas de la lista de fármacos
- Servicios relacionados al aborto

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de preservación de la fertilidad para la Infertilidad iatrogénica (consulte “Servicios de Conservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica”)
- Servicios para diagnosticar o tratar la Infertilidad (consulte “Servicios de Fertilidad”)
- Visitas al consultorio relacionadas con anticonceptivos inyectables, anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada o dispositivos intrauterinos (“DIU”) cuando se proporcionen para razones médicas diferentes de la prevención del embarazo (consulte la sección “Visitas al Consultorio”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios que no sean anticonceptivos (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)
- Servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio para pacientes ambulatorios relacionados con servicios de

planificación familiar (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)

- Anticonceptivos y dispositivos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Cirugía para pacientes ambulatorios y procedimientos para pacientes ambulatorios cuando se brindan por razones médicas que no sean para prevenir el embarazo (consulte “Cirugía y Procedimientos para Pacientes Ambulatorios”)

Exclusiones a los Servicios de Salud Reproductiva

- Reversión de esterilización quirúrgica realizada originalmente con fines de planificación familiar
- Exclusiones de los servicios de Doulas del Plan:
 - ◆ Servicios clínicos o médicos (como tomar la presión arterial o temperatura, comprobar los tonos cardíacos fetales, exámenes vaginales o la atención clínica posparto)
 - ◆ Asistencia con actividades de la vida cotidiana
 - ◆ Modalidades alternativas o complementarias (como aromaterapia, educación sobre el parto, terapia de masajes o encapsulación de la placenta)
 - ◆ Yoga
 - ◆ Ceremonias de nacimiento
 - ◆ Suministros o medicamentos de venta libre
 - ◆ Parto domiciliario

Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico

Cubrimos los Servicios que reciba en relación con un ensayo clínico si se cumplen todos los siguientes requisitos:

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

- Si algún Proveedor del Plan participa en el ensayo clínico y lo aceptará como participante en el ensayo clínico, debe participar en el ensayo clínico a través de un Proveedor del Plan a menos que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.
- El ensayo clínico es un Ensayo Clínico Aprobado.

“Ensayo Clínico Aprobado” significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV relacionado con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra condición potencialmente mortal y que cumpla uno de los siguientes requisitos:

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

Para los Servicios Cubiertos relacionados con un ensayo clínico, usted pagará el Costo Compartido que pagaría si los servicios no estuviesen relacionados con un ensayo clínico. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica a Servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios

para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta EOC.

Exclusiones en servicios relacionados con un ensayo clínico

- el Servicio de investigación
- Servicios que se proporcionen exclusivamente para satisfacer necesidades de recopilación de datos y de análisis, y que no se usan para su tratamiento

Atención en un Centro de Enfermería Especializada

Dentro del Área de Servicio de su Región Base, cubrimos los Servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada. Generalmente, los Servicios especializados para pacientes hospitalizados deben ser proporcionados por un Centro de Enfermería Especializada, cuyo nivel debe ser superior al de la atención de custodia o intermedia.

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

- Servicios médicos y de enfermería
- Habitación y alimentación
- Medicamentos recetados por un Médico del Plan como parte de su plan de atención en un Centro de Enfermería Especializada del Plan, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, si son administrados por personal médico en esa instalación
- Equipo médico duradero si los Centros de Enfermería Especializada proporcionan regularmente el equipo (consulte “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en “Cómo Obtener un Referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”)
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas que generalmente proporcionan los Centros de Enfermería Especializada
- Servicios médico-sociales
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración
- Suministros médicos
- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Terapia respiratoria

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios

(consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)

- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (consulte “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación”)

Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias

Cubrimos los Servicios especificados en la sección “Tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias” solamente cuando los Servicios son para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias. Un “Trastorno por Abuso de Sustancias” es un trastorno por abuso de sustancias que se incluye en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que se enumera en la versión más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios de tratamiento del trastorno por abuso de sustancias:

- Programas de tratamiento diurno
- Asesoramiento individual y grupal sobre trastornos por abuso de sustancias
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios
- Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia
- Tratamiento de mantenimiento con metadona en un centro de tratamiento con licencia y aprobado por un Grupo Médico

Tratamiento en entorno residencial

Dentro del Área de Servicio de su Región Base, cubrimos los siguientes Servicios cuando se proporcionan en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado del trastorno por abuso de sustancias las 24 horas, los Servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento en entorno residencial del trastorno por abuso de sustancias en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado, y los Servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- Asesoramiento individual y grupal sobre trastornos por abuso de sustancias
- Servicios médicos
- Control de los medicamentos
- Habitación y alimentación

- Servicios sociales
- Medicamentos recetados por un Proveedor del Plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles si se los administra el personal médico en el centro (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del centro de tratamiento en entorno residencial, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios”)
- Planificación del alta hospitalaria

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

Ofrecemos cobertura para la hospitalización en un Hospital del Plan solo para el tratamiento médico de síntomas de abstinencia, incluidos habitación y alimentación, Servicios de un Médico del Plan, medicamentos, Servicios para recuperarse de la dependencia, educación y asesoramiento.

Servicios de los Proveedores Fuera del Plan

Si no podemos ofrecerle una cita con un Proveedor del Plan dentro de los estándares requeridos en cuanto a acceso geográfico y oportuno, le ofreceremos un referido a un Proveedor Fuera del Plan (como se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” en “Cómo Obtener un Referido” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Además, cubrimos sin autorización previa los Servicios proporcionados por un centro 988, un equipo móvil para crisis u otro proveedor de servicios de salud del comportamiento para el manejo de crisis (colectivamente, “Servicios 988”) para el tratamiento necesario desde el punto de vista médico de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, hasta que se estabilice el trastorno, según lo exige la ley estatal. Una vez estabilizado el trastorno de salud mental o por abuso de sustancias, la atención de postestabilización prestada por Proveedores Fuera del Plan está sujeta a autorización previa, tal como se describe en “Atención de Postestabilización” de la sección “Servicios de Emergencia”.

Para estos Servicios de referidos y los Servicios 988, usted deberá pagar el Costo Compartido requerido para los servicios prestados por un Proveedor del Plan, según se describe en esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Laboratorio para pacientes ambulatorios, incluidas las pruebas de detección de drogas (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos autoadministrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Consultas de Telesalud (consulte “Consultas de Telesalud”)

Consultas de Telesalud

El objetivo de las Consultas de Telesalud es que le resulte más conveniente recibir los Servicios cubiertos, cuando un Proveedor del Plan determine que son apropiados desde el punto de vista médico para su condición médica. Puede recibir Servicios cubiertos mediante las Consultas de Telesalud cuando estén disponibles y si los Servicios hubiesen estado cubiertos en virtud de esta *EOC* si se hubieran proporcionado en persona. No es necesario que use las Consultas de Telesalud y puede elegir recibir Servicios en persona de un Proveedor del Plan. Algunos Proveedores ofrecen Servicios solo a través de una plataforma tecnológica de telesalud y no poseen ubicaciones físicas donde usted pueda recibir Servicios. Si recibe Servicios cubiertos de estos Proveedores del Plan, puede pedir acceso a su historia clínica para esta Consulta de Telesalud y, a menos que usted no lo desee, esta información se puede agregar a su historia clínica electrónica del Plan de Salud y puede compartirse con su médico de atención primaria.

Cubrimos los siguientes tipos de Consultas de Telesalud con médicos de atención primaria, Especialistas No Médicos y Especialistas Médicos:

- Videoconsultas interactivas
- Consultas telefónicas programadas

Servicios de Trasplante

Cubrimos trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea si el Grupo Médico otorga un referido por escrito para recibir atención en un centro de trasplantes, como se describe en “Proceso de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos” bajo el título “Cómo Obtener un Referido” en la sección “Cómo Obtener Servicios”.

Después de recibir un referido para acudir a un centro de trasplantes, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Si el Grupo Médico o el centro al que se le refiera determinan que no cumple los respectivos criterios para un trasplante, cubriremos solamente los Servicios que reciba antes de que se tome la determinación
- Ni el Plan de Salud, los Hospitales del Plan, el Grupo Médico ni los Médicos del Plan serán responsables de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea

- Según nuestras pautas de Servicios para donantes vivos, proporcionamos al donante, o a una persona que el Grupo Médico identifique como posible donante, ciertos Servicios relacionados con la donación, aunque este no sea Miembro. Estos Servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante con cobertura, y pueden incluir servicios para la obtención de órganos, tejidos, médula ósea y para el tratamiento de posibles complicaciones. Por favor, llame a Servicio a los Miembros para obtener información detallada sobre los Servicios para donantes

Para los Servicios de trasplante cubiertos que reciba, pagará el Costo Compartido que debería pagar si los Servicios no estuvieran relacionados con un trasplante. Por ejemplo, para conocer el costo compartido que se aplica a servicios para pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para Pacientes Hospitalizados” en la sección “Resumen del Costo Compartido” de esta *EOC*. Brindaremos o cubriremos **sin cargo** los Servicios relacionados con la donación para donantes posibles o reales (incluso si no son Miembros) conforme a nuestras pautas de Servicios para donantes.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios Dentales necesarios para la preparación de un trasplante desde el punto de vista médico (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”)
- Imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos y Productos Administrados”)

Servicios para la Vista para Miembros Adultos

Para fines de esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”, un “Miembro Adulto” es un Miembro mayor de 19 años de edad que no es Miembro Pediátrico, tal como se define en “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos” en la sección “Beneficios”. Por ejemplo, si usted cumple 19 años el 25 de junio, será un Miembro Adulto a partir del 1 de julio.

Cubrimos los siguientes Servicios para Miembros Adultos:

- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo
- Consultas con Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo

Servicios Ópticos

Cubrimos los Servicios que se describen en la sección “Servicios Ópticos” al prestarse en los Consultorios Médicos del Plan o las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan.

No cubrimos anteojos ni lentes de contactos según esta *EOC* (excepto los lentes de contacto especiales que se describen en la sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”).

Lentes de contacto especiales

Cubrimos lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan
- Hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la afaquia (ausencia del cristalino del ojo) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan

Dispositivos para visión disminuida

Los dispositivos para visión disminuida (incluidas la adaptación y la entrega) no están cubiertos por esta *EOC*.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Pruebas de la vista de rutina cuando se realizan como parte de un examen físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”)
- Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”, como cirugía ambulatoria y medicamentos recetados, suplementos y suministros para pacientes ambulatorios (consulte el título que corresponda en la sección “Beneficios”)

Exclusiones en Servicios para la Vista para Miembros Adultos

- Lentes de contacto, incluídas la adaptación y la entrega, excepto los que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Adultos”
- Lentes para anteojos y armazones
- Exámenes de los ojos para obtener o mantener lentes de contacto
- Dispositivos para visión disminuida

Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos

Para fines de esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”, un “Miembro Pediátrico” es un Miembro recién nacido hasta el final de mes de su cumpleaños número 19. Por ejemplo, si usted cumple 19 años el 25 de junio, será un Miembro Adulto a partir del 1 de julio y su último minuto como Miembro Pediátrico será a las 11:59 p. m. del 30 de junio.

Cubrimos los siguientes Servicios para Miembros Pediátricos:

- exámenes de los ojos de rutina con un Optometrista del Plan para determinar si son necesarias medidas correctivas (incluidos los Servicios de dilatación, cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico) y para proporcionar una receta para lentes de anteojos
- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo
- Consultas con Especialistas No Médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades del ojo

Servicios Ópticos

Cubrimos los Servicios que se describen en la sección “Servicios Ópticos” al prestarse en los Consultorios Médicos del Plan o las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan.

Lentes de contacto especiales

Cubrimos lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan
- Hasta seis lentes de contacto por ojo cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses para el tratamiento de la afaquia (ausencia del cristalino del ojo) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan
- Para otros tipos de lentes de contacto especializados que aporten una mejora significativa en su visión que no se logre con lentes de anteojos, cubrimos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluídas la adaptación y la entrega) en cualquier periodo de 12 meses

Anteojos y lentes de contacto

Si prefiere usar anteojos en lugar de lentes de contacto, cubrimos un par completo de anteojos (armazón y Lentes para

Anteojos Regulares) de nuestra colección económica designada cada 12 meses cuando los receta un médico o un optometrista y un Proveedor del Plan los coloca en un armazón de anteojos. Cubrimos un lente corrector transparente cuando solo necesita corrección un ojo. Cubrimos lentes tintados cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.

Las “Lentes de Anteojos Regulares” son lentes que cumplen todos los requisitos que se indican a continuación:

- Son transparentes, de cristal, plástico o policarbonato.
- Al menos una de las dos lentes de anteojos tiene un valor de refracción.
- Son unifocales estándar, alineados multifocales o lenticulares.

Garantía de los lentes

Los anteojos que se compran en una Oficina de Venta de Productos Ópticos del Plan pueden incluir una garantía de hasta un año para su reemplazo desde la fecha de venta. Consulte en la Oficina de Venta de Productos Ópticos de su Plan sobre la información de la garantía.

Otros lentes de contacto

Si prefiere usar lentes de contacto en lugar de anteojos, cubrimos los siguientes (incluidas la adaptación y la entrega) cuando los receta un médico o un optometrista y se obtienen en un Consultorio Médico del Plan o en la Oficina de Venta de Productos Ópticos del Plan:

- Lentes de contacto comunes: un par de lentes en cualquier periodo de 12 meses; o
- Lentes de contacto desechables: un suministro de seis meses para cada ojo en cualquier periodo de 12 meses

Dispositivos para visión disminuida

Si un dispositivo para personas con visión disminuida mejorará significativamente su visión, de una manera que no se puede obtener con anteojos ni con lentes de contacto (o con una combinación de anteojos y lentes de contacto), cubrimos un dispositivo (incluidas la adaptación y la entrega) por Período de Acumulación.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Pruebas de la vista de rutina cuando se realizan como parte de un examen físico de rutina (consulte “Servicios Preventivos”)
- Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”, como cirugía ambulatoria y medicamentos recetados,

suplementos y suministros para pacientes ambulatorios (consulte el título que corresponda en la sección “Beneficios”)

Exclusiones en Servicios para la vista para Miembros Pediátricos

- Capa antirreflejante
- Con excepción de las Lentes de Anteojos Regulares descritas en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”, todas las demás lentes, como las progresivas y de Alto Índice
- Adornos para los anteojos y lentes de contacto, como grabados, facetados y aplicaciones de joyas
- Artículos que no requieren receta médica por ley (además de los armazones para anteojos), como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación
- Lentes y lentes para el sol sin valor refractivo, excepto los que se describen en esta sección “Servicios para la Vista para Miembros Pediátricos”
- Lentes fotocromáticos o polarizados
- Reemplazo de lentes de contacto, las lentes de los anteojos y armazones rotos o dañados, excepto como se describe en la información de la garantía que se le brindó al momento de hacer la compra
- Reemplazo de dispositivos para personas con visión disminuida, rotos o dañados
- Reemplazo de artículos para la visión perdidos o robados

Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones

Exclusiones

Los servicios y artículos incluidos en esta sección “Exclusiones” no tienen cobertura. Estas exclusiones se aplican a todos los Servicios que, de otro modo, estarían cubiertos conforme a esta *EOC*, independientemente de si esos servicios se encuentran dentro del ámbito de la licencia o certificado de un proveedor. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los Servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar trastornos de salud mental o por abusos de sustancias que se ubican en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o que se enumera en la versión más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Ciertos exámenes y Servicios

Exámenes físicos rutinarios y otros Servicios que no son Necesarios Desde el Punto de Vista Médico, tales como los necesarios (1) para obtener o conservar el empleo o para participar en programas para empleados, (2) para obtener seguros, credenciales o licencias, (3) para viajes, o (4) solicitados por orden judicial para obtener libertad condicional o periodo de prueba.

Servicios Quiroprácticos

Servicios Quiroprácticos y los Servicios de un quiropráctico, a menos que tenga cobertura para Servicios quiroprácticos adicionales, como se describe en una enmienda a esta *EOC*.

Servicios Estéticos

Los servicios que tienen como fin principal cambiar o mantener la apariencia, incluida la cirugía estética (cirugía que se lleva a cabo para modificar o dar otra forma a las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia), excepto que esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes casos:

- Los Servicios cubiertos en “Cirugía Reconstructiva” en la sección “Beneficios”
- Los siguientes dispositivos cubiertos en “Aparatos Protésicos y Ortopédicos” en la sección “Beneficios”: implantes testiculares como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de remover total o parcialmente un seno y prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una parte externa del rostro.

Atención de custodia

Asistencia con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos).

Esta exclusión no se aplica a la asistencia con actividades de la vida cotidiana que se brinda en centros de cuidados paliativos, centros de enfermería especializada o como parte de los servicios para pacientes hospitalizados.

Servicios Dentales y de Ortodoncia

Los Servicios dentales y de ortodoncia, como radiografías, dispositivos, implantes, Servicios proporcionados por un dentista o un ortodoncista, Servicios dentales después de una lesión accidental en los dientes y Servicios dentales necesarios después de un tratamiento médico, como la cirugía de mandíbula y el tratamiento con radiación.

Esta exclusión no se aplica a los siguientes Servicios:

- Los Servicios cubiertos en “Servicios Dentales y de Ortodoncia” en la sección “Beneficios”.

- Los Servicios descritos en “Lesiones de los Dientes” en la sección “Beneficios”.
- Servicios dentales pediátricos según se describen en la Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos de esta *EOC*, si la hubiera. Si su plan tiene una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos, se adjuntará a esta *EOC* y se incluirá en su Índice.

Suministros desechables

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendas, gasas, cinta, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, toallas sanitarias y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables con cobertura según los títulos “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Suministros para Ostomía y Urológicos” y “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios”.

Servicios experimentales o de investigación

Un Servicio es experimental o de investigación si, en consulta con el Grupo Médico, determinamos que se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los estándares médicos generalmente aceptados no lo reconocen como seguro y eficaz para el tratamiento de la enfermedad en cuestión (incluso si ya ha sido autorizado por las leyes vigentes para su uso en pruebas o en otros estudios en pacientes humanos)
- Requiere de aprobación gubernamental que aún no se ha obtenido en el momento en que debe proporcionarse el Servicio

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Servicios experimentales o de investigación, cuando se ha presentado una solicitud de investigación ante la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) y el fabricante o un tercero pone los Servicios a su disposición o de Kaiser Permanente mediante un procedimiento autorizado por la FDA, excepto que no cubriremos Servicios que en general proporcionan de forma gratuita los patrocinadores de investigaciones a los participantes de ensayos clínicos u otros protocolos de tratamiento de investigación
- Servicios cubiertos en “Servicios Asociados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios”

Consulte la sección “Resolución de Disputas” para obtener información sobre las revisiones médicas independientes relacionadas con la denegación de solicitudes para Servicios experimentales o de investigación.

Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello

Servicios y artículos para promover, evitar o tratar de alguna forma la pérdida del cabello o favorecer su crecimiento.

Atención intermedia

Cuidados que se brindan en un centro de atención intermedia autorizado. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en los títulos “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio” y “Cuidados Paliativos” de la sección “Beneficios”.

Artículos y servicios que no son para la atención médica

Por ejemplo, no cubrimos:

- enseñanza de modales y etiqueta
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas
- artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas
- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- asesoramiento o clases particulares académicas para desarrollar habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo
- enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia
- exámenes educativos
- enseñanza de arte, danza, montar a caballo, tocar un instrumento o nadar
- enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales
- capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales
- cursos de crecimiento profesional
- capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral;
- terapia acuática y otra hidroterapia, excepto que esta exclusión a los servicios de terapia acuática y otros servicios de hidroterapia no se aplica a los Servicios de terapia que sean parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que tengan cobertura bajo “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de Rehabilitación y Habilidadación” o “Atención en un Centro de Enfermería Especializada” en la sección “Beneficios”

Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo

Artículos y servicios (como cirugía del ojo o lentes de contacto para cambiar la forma del ojo) con el objetivo de corregir defectos refractivos del ojo como miopía, hipermetropía o astigmatismo.

Terapia de masajes

Terapia de masajes y servicios de terapeutas de masajes.

Productos para la nutrición por vía oral y la pérdida de peso

Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos alimenticios o herbales, leche maternizada, alimento y productos para la pérdida de peso.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Productos modificados con aminoácidos y fórmula de nutrición enteral elemental con cobertura según el título “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios”
- fórmula enteral cubierta conforme al título “Aparatos Protésicos y Ortopédicos” de la sección “Beneficios”

Atención en entorno residencial

La atención en un centro donde permanezca de un día para el otro, con la excepción de que esta exclusión no se aplica si la estadía de un día para el otro forma parte de la atención con cobertura que recibe en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada, o atención de relevo como paciente hospitalizado cubierta conforme a la sección “Cuidados Paliativos”.

Productos y servicios para el cuidado rutinario de los pies

Productos y servicios para el cuidado rutinario de los pies que no son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal

Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro Servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con dicha aprobación. Esta exclusión se aplica a los Servicios que se proporcionan en cualquier lugar, incluso fuera de EE. UU.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- Servicios cubiertos en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” que reciba fuera de EE. UU.
- Servicios experimentales o de investigación, cuando se ha presentado una solicitud de investigación ante la FDA, y el fabricante o un tercero pone los Servicios a disposición de usted o de Kaiser Permanente a través de un procedimiento autorizado por la FDA, excepto que no cubriremos Servicios que, en general, proporcionen de forma gratuita los patrocinadores de investigaciones a los participantes en ensayos clínicos u otros protocolos de tratamiento de investigación
- Servicios cubiertos en “Servicios Asociados con un Ensayo Clínico” en la sección “Beneficios”
- Servicios relacionados con el COVID-19 que tengan autorización de uso de emergencia de la FDA (las pruebas de laboratorio, los tratamientos terapéuticos y las vacunas para el COVID-19 deben ser recetados o proporcionados por un proveedor de atención médica titulado que actúe dentro del alcance de la práctica y el estándar de atención)

Consulte la sección “Resolución de Disputas” para obtener información sobre las Revisiones Médicas Independientes relacionadas con la denegación de solicitudes para Servicios experimentales o de investigación.

Servicios realizados por personas sin certificación

Servicios realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesitan licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención para la salud, y en los casos en que la condición del Miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica titulado.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos de Doulas del Plan

Servicios relacionados con un Servicio no cubierto

Cuando un Servicio no está cubierto, quedan excluidos todos los Servicios relacionados, excepto los que de otra forma estarían cubiertos para el tratamiento de complicaciones del Servicio que no está cubierto. Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética sin cobertura, no cubrimos los Servicios que usted reciba durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier Servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Embarazo por Encargo de Terceros

Servicios que se prestan a una persona en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, excepto los Servicios que

de otra forma están cubiertos y se proveen a una Miembro que sea madre subrogada. Consulte “Acuerdos de Maternidad Subrogada” en el título “Reducciones” de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones” para obtener información sobre sus obligaciones con nosotros en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, incluida su obligación de reembolsarnos por los servicios que cubramos y de proporcionarnos información sobre cualquier persona que pudiera ser económicamente responsable de los servicios que el bebé (o los bebés) reciban.

Gastos de traslados y alojamiento

Los gastos de traslados y alojamiento, excepto como se describe en nuestra Descripción de Travel and Lodging Program. La Descripción del Travel and Lodging Program está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements o llamando a Servicio a los Miembros.

Limitaciones

Haremos todo lo posible para proporcionar o coordinar Servicios cubiertos conforme a la disponibilidad de centros o personal en el caso de presentarse alguna circunstancia inusual que retrase o impida proporcionar en forma práctica un Servicio conforme a esta *EOC*, como por ejemplo, grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, imposibilidad de trabajar de gran parte del personal de un Centro del Plan, destrucción parcial o total de instalaciones, y conflictos laborales.

En estas circunstancias, si tiene una Condición Médica de Emergencia, llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencias más cercano como se describe en “Servicios de Emergencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, y le brindaremos cobertura y reembolso como se describe en esa sección.

Coordinación de Beneficios

Si tiene cobertura de Medicare, coordinaremos los beneficios con la cobertura de Medicare de acuerdo con sus normas. Las normas de Medicare determinan qué cobertura paga en primer lugar, o es “primaria”, y qué cobertura paga en segundo lugar, o es “secundaria”. Debe proporcionarnos cualquier información que solicitemos para ayudarnos a coordinar los beneficios. Llame a Servicio a los Miembros para conocer qué normas de Medicare corresponden a su situación y cómo debe manejar el pago.

Reducciones

Responsabilidad del empleador

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador por dichos Servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

Responsabilidad de las agencias gubernamentales

En el caso de los Servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a esta agencia por estos Servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia un reembolso.

Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros

Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó Servicios cubiertos, deberá reembolsarnos hasta el monto máximo permitido según la sección 3040 del Código Civil de California. El reembolso adeudado a nosotros no está limitado por el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan. Nota: La sección “Lesiones o Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros” no afecta la obligación de pago de su Costo Compartido para estos Servicios.

Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de asumir como nuestros los reclamos, los hechos que justifican una acción judicial y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente provocada por un tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en el que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para garantizar nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre el producto de cualquier sentencia o acuerdo que usted o nosotros obtengamos (1) contra otra parte, o (2) de otros tipos de cobertura u orígenes de pago que incluyen, entre otros, los siguientes: responsabilidad civil, conductores sin seguro, conductores con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador o coberturas por lesiones personales, cualquier otro tipo de pagos médicos y todos los demás tipos de coberturas u orígenes de pago. Este dinero, producto de cualquier sentencia o acuerdo que usted o nosotros obtengamos, o los pagos que reciba, se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 502-214-1137

Para que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y satisfacer esos derechos, usted debe completar y enviarnos todos los consentimientos, liberaciones, autorizaciones, cesiones y otros documentos, incluidos los formularios de gravamen dirigidos a su abogado, a la otra parte, y al asegurador de responsabilidad de la otra parte para que nos pague directamente. Usted no puede aceptar renunciar a, ceder o reducir los derechos que nos otorga esta disposición sin nuestro previo consentimiento por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tenemos la opción de ceder nuestro derecho a ejercer nuestros derechos de retención y otros derechos.

Si tiene Medicare, puede aplicarse la ley de Medicare en relación con los Servicios cubiertos por Medicare.

Acuerdos de Maternidad Subrogada

Si celebra un Acuerdo de Maternidad Subrogada, y usted u otro beneficiario tienen derecho a recibir una compensación monetaria según el Acuerdo de Maternidad Subrogada, debe reembolsarnos los Servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto relacionados con dicho acuerdo (“Servicios de Salud para el Embarazo por Encargo de Terceros”), hasta la cantidad máxima permitida según la Sección 3040 del Código Civil de California. Nota: La sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” no afecta su obligación de pagar su costo compartido para estos servicios.

Después de que entrega el bebé a los padres legales, no deberá pagar ningún cargo por los Servicios que el bebé reciba (los padres legales son económicamente responsables de los Servicios que el bebé reciba).

Al aceptar los Servicios de Salud para Maternidad Subrogada, usted automáticamente nos cede su derecho de recibir pagos que se le deban acreditar a usted o al beneficiario que haya escogido de conformidad con el Acuerdo de Maternidad Subrogada, independientemente de si

estos pagos se caracterizan como correspondientes a gastos médicos. Para garantizar nuestros derechos, también tendremos un derecho de retención sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos. Esos pagos (y los montos de cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos) deben usarse inicialmente para satisfacer nuestro derecho de retención. La cesión y nuestro derecho de retención no excederán la cantidad total de su obligación con nosotros de conformidad con el párrafo que antecede.

En el plazo de 30 días después de haber celebrado un Acuerdo de Maternidad Subrogada, debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, que incluya la siguiente información:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las partes del acuerdo
- Nombres, direcciones y números de teléfono del agente de custodia o administrador
- Nombres, direcciones y números de teléfono de los futuros padres y de cualquier otra parte que sea económicamente responsable de los Servicios que reciba el bebé (o los bebés), entre ellos, los nombres, las direcciones y los números de teléfono de cualquier seguro médico que cubrirá los Servicios que el bebé (o los bebés) reciba
- Una copia firmada de cualquier contrato u otros documentos en los que se explique el acuerdo
- cualquier otra información que solicitemos para garantizar nuestros derechos.

Debe enviar esta información a:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 502-214-1137

Debe llenar y enviarnos todos los consentimientos, cesiones, autorizaciones, formularios de derechos de retención y demás documentos que nos sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de todo derecho que podamos tener de acuerdo con la sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” y para satisfacer tales derechos. Usted puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos contemplados en esta sección “Acuerdos de Maternidad Subrogada” sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero con base en el acuerdo de maternidad subrogada, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador, y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenidos por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara

el reclamo contra el tercero. Tenemos la opción de ceder nuestro derecho a ejercer nuestros derechos de retención y otros derechos.

Puede llamar a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta sobre sus obligaciones de acuerdo con esta cláusula.

Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

En el caso de los Servicios que se brinden para tratar condiciones asociadas al servicio militar y que la ley exige que se proporcionen solo en el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a esta agencia dichos Servicios, y cuando los cubramos, tendremos derecho a solicitar un reembolso a este Departamento.

Beneficios por responsabilidad civil del empleador o de compensación del trabajador

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidas las cantidades recibidas como compensación (a lo que colectivamente se le llama “Beneficio Financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los Servicios cubiertos incluso si no está claro si tiene derecho a recibir un Beneficio Financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los Servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proporcionar o pagar si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador

Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio

Esta sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio” explica cómo presentar un reclamo para el pago o el reembolso de Servicios que ya ha recibido. Use los procedimientos de esta sección para las siguientes situaciones:

- Recibió Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia, pruebas de COVID-19, terapias o inmunizaciones de un Proveedor Fuera del plan, y usted desea que paguemos por los Servicios.

- Recibió servicios de un Proveedor Fuera del Plan que no autorizamos (excepto Servicios de Emergencia, Atención de Urgencia Fuera del Área, Atención de Postestabilización, Servicios de ambulancia de emergencia, pruebas de COVID-19, terapias o inmunizaciones) y desea que paguemos los servicios.
- Desea apelar una denegación a un reclamo inicial de pago.

Siga los procedimientos que se indican en “Quejas Formales” de la sección “Resolución de Disputas” en las siguientes situaciones:

- Desea que cubramos Servicios que todavía no ha recibido.
- Desea que continuemos cubriendo un tratamiento con cobertura que está recibiendo
- Desea apelar una denegación por escrito de una solicitud de Servicios que requieren autorización previa (según se describe en “Procedimiento de Autorización del Grupo Médico para Determinados Referidos”).

Quién Puede Presentar un Reclamo

Las siguientes personas pueden presentar reclamos:

- Usted mismo.
- Puede pedirle a un amigo, pariente, abogado o a cualquier otra persona que presente un reclamo por usted si lo nombra su representante autorizado por escrito.
- Uno de los padres puede presentar el reclamo en nombre de su hijo menor de 18 años, pero el menor debe nombrarlo su representante autorizado, si tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con el reclamo.
- Un tutor nombrado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su tutela, pero dicha persona bajo tutela debe nombrar al tutor designado por el tribunal como representante autorizado si la persona bajo tutela tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con el reclamo.
- Un protector designado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su protección.
- Un representante con un poder legal para la atención médica vigente puede presentar un reclamo por el titular, en la medida que lo autorice la ley del estado.

Los representantes autorizados deben estar designados por escrito mediante un formulario de autorización o alguna otra forma de aviso por escrito. Puede obtener el formulario de autorización en la oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan, en nuestro sitio web en kp.org/espanol o llamando a Servicio a los Miembros. Su autorización por

escrito deberá adjuntarse al reclamo. Deberá pagarle a la persona que contrate para que lo ayude o represente.

Documentos de Apoyo

Puede solicitar un pago o un reembolso en forma verbal o por escrito. Su solicitud de un pago o un reembolso y cualquier otro documento relacionado que nos entregue, constituyen su reclamo.

Formularios de Reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios para el COVID-19.

Para presentar un reclamo por escrito por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia, pruebas de COVID-19, terapias o inmunizaciones, use nuestro formulario de reclamo. Puede obtener un formulario de reclamo de las siguientes maneras:

- A través de nuestro sitio web en kp.org/espanol.
- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un Centro del Plan o solicíteselo a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Formulario de reclamo para todos los demás Servicios

Para presentar un reclamo por escrito para todos los demás servicios, puede usar nuestro formulario de quejas formales. Puede obtener este formulario de las siguientes maneras:

- A través de nuestro sitio web en kp.org/espanol.
- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un Centro del Plan o solicíteselo a un Proveedor del Plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Otra información de apoyo

Cuando presente un reclamo, incluya cualquier información que aclare o apoye su postura. Por ejemplo, si ha pagado Servicios, incluya todas las facturas y recibos que respalden su reclamo. Para solicitar que paguemos a un Proveedor Fuera del Plan por Servicios recibidos, incluya todas las facturas del Proveedor Fuera del Plan. Si el Proveedor Fuera del Plan indica que presentará el reclamo, usted seguirá siendo

responsable de asegurarse de que nosotros recibamos toda la documentación necesaria para procesar la solicitud de pago. Cuando corresponda, solicitaremos registros de salud a los Proveedores del Plan en su nombre. Si nos informa que ha acudido con un Proveedor Fuera del Plan y no puede presentar las copias de las historias clínicas pertinentes, nos comunicaremos con el proveedor para pedirle una copia de las historias médicas pertinentes. En este caso, le pediremos que nos entregue una autorización por escrito para que podamos solicitar los registros.

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su reclamo, puede solicitarla y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente sin cargo alguno. Además, tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento y sus significados que pudieran estar vinculados con su reclamo. Para hacer una solicitud, debe seguir los pasos del aviso por escrito que se le envió acerca de su reclamo.

Reclamos Iniciales

Para solicitar que le paguemos a un proveedor (o le entreguemos un reembolso a usted) por Servicios que ya ha recibido, debe presentar un reclamo. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de reclamo, por favor, llame a Servicio a los Miembros.

Presentación de reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios para el COVID-19

Puede presentar un reclamo (solicitar pago/reembolso):

- Visitando kp.org/espanol, donde puede completar un formulario electrónico y cargar la documentación de respaldo;
- Enviando por correo un formulario impreso que se puede obtener en kp.org/espanol o llamando a Servicio a los Miembros, o
- Si no puede acceder al formulario electrónico (u obtener el formulario impreso), envíe por correo la cantidad mínima de información que necesitamos para procesar su reclamo:
 - ♦ Nombre del miembro/paciente y número de historia clínica
 - ♦ La fecha en la que recibió los Servicios
 - ♦ El lugar en donde recibió los Servicios
 - ♦ Quién le prestó los Servicios
 - ♦ Por qué cree que deberíamos pagar por los Servicios
 - ♦ Una copia de la factura, su historia clínica de estos Servicios y su recibo si pagó por los Servicios

Dirección postal para presentar su reclamo a
Kaiser Permanente:

Para Miembros de la Región Base del Norte de California:

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

Para Miembros de la Región Base del Sur de California:

Kaiser Permanente
Claims Administration - SCAL
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, por favor, llame
a Servicio a los Miembros.

Cómo presentar un reclamo para el resto de los Servicios

Si ha recibido cualquier otro Servicio que no autorizamos de un Proveedor Fuera del Plan, deberá presentar un reclamo, tan pronto como sea posible después de haber recibido los Servicios, de una de las siguientes maneras:

- Entregando su reclamo en una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Enviando su reclamo a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- A través de nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, por favor, llame a Servicio a los Miembros.

Después de que recibamos su reclamo

Le enviaremos una carta de confirmación en un plazo de cinco días después de recibir su reclamo.

Una vez que hayamos revisado su reclamo, le responderemos de la siguiente manera:

- Si tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días después de haber recibido su reclamo. Podemos extender 15 días más el plazo para tomar la decisión si circunstancias fuera de nuestro control retrasan nuestra decisión, si le enviamos el aviso en un plazo de 30 días después de haber recibido su reclamo.
- Si necesitamos más información, se la pediremos antes de que termine el periodo inicial de 30 días para tomar la decisión. Le enviaremos nuestra decisión por escrito en

un plazo de 15 días a partir de la fecha en que recibamos la información adicional. Si no recibimos la información necesaria en el plazo especificado en nuestra carta, tomaremos la decisión de acuerdo con la información que tengamos en un plazo de 15 días después del plazo inicial.

Si le pagamos alguna parte de su reclamo, restaremos el Costo Compartido correspondiente a cualquier pago que le hagamos a usted o al Proveedor Fuera del Plan. Usted no es responsable de pagar ningún monto además del Costo Compartido por los Servicios de Emergencia cubiertos. Si rechazamos su reclamo (si no estamos de acuerdo con pagarle por todos los Servicios que solicitó, además del Costo Compartido correspondiente), en nuestra carta le explicaremos por qué rechazamos su reclamo y cómo puede apelar.

Si posteriormente recibe una factura del proveedor que no pertenece al plan por servicios cubiertos (que no sean las facturas de su costo compartido), llame a Servicio a los Miembros para obtener ayuda.

Apelaciones

Reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o Servicios de COVID-19 que haya prestado un Proveedor Fuera del Plan

Si nuestra decisión no le es del todo favorable, y quiere apelar nuestra decisión, puede presentar su apelación de una de las siguientes maneras:

- Enviar su apelación al Departamento de Reclamos a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Special Services Unit
P.O. Box 23280
Oakland, CA 94623
- Llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- A través de nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Reclamos para todos los demás Servicios que no autorizamos de un Proveedor Fuera del Plan

Si nuestra decisión no le es del todo favorable, y quiere apelar nuestra decisión, puede presentar su apelación de una de las siguientes maneras:

- A través de nuestro sitio web en kp.org/espanol.
- Enviando su apelación a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).

- Visite alguna de las oficinas de Servicio a los Miembros de un centro del plan o solicítelo a un proveedor del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Cuando presente una apelación, incluya cualquier información que aclare o respalde su postura. Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su reclamo, puede solicitarla y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente sin cargo alguno. Para hacer una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Información adicional en relación con los reclamos por todos los demás Servicios que no autorizamos de un Proveedor Fuera del Plan

Si inicialmente denegamos su solicitud, debe presentar su apelación en los 180 días posteriores a la fecha en la que recibió nuestra carta de denegación. También puede enviarnos información, incluidos comentarios, documentos y otros registros de salud que considere que respaldan su reclamo. Si le pedimos información adicional y usted no la proporcionó antes de que tomáramos la decisión inicial sobre su reclamo, todavía puede enviarnos la información adicional para incluirla como parte de nuestra revisión de su apelación. Envíenos toda la información adicional a la dirección o al número de fax que se mencionan en la carta de denegación.

También puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección mencionada en nuestra carta de confirmación, la cual le enviamos en un plazo de cinco días después de haber recibido su apelación. Para hacer los arreglos para presentar su declaración por teléfono, llame al número de teléfono que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos a su archivo de apelación la información que proporcione por medio de la declaración u otros medios y la revisaremos sin considerar si fue presentada o tomada en cuenta en nuestra decisión inicial sobre su solicitud de Servicios. Tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento y sus significados que pudieran estar vinculados con su reclamo.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que reunamos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión final, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con

nuestra decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en el archivo de su apelación.

Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días después de haber recibido su apelación. Si nuestra decisión no le es favorable, nuestra carta le explicará el motivo y describirá sus derechos de apelación.

Revisión Externa

Debemos finalizar los procedimientos de reclamos y apelaciones antes de que usted pueda solicitar una revisión externa a menos que no hayamos cumplido con los procedimientos de reclamos y apelaciones que se describen en la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”. Para obtener información sobre los procesos de revisión externa, consulte “Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, “IMR”)” en la sección “Resolución de disputas”.

Revisión Adicional

Si no queda satisfecho después de haber usado todos nuestros procedimientos internos de apelación y reclamos, si corresponde, podría tener derecho a solicitar una revisión externa por parte de los tribunales estatales.

Resolución de Disputas

Nos comprometemos a brindar atención de calidad y una respuesta oportuna a sus inquietudes. Si tiene algún problema, puede hablar con nuestros representantes del Departamento de Servicio a los Miembros en la mayoría de los centros de atención del plan o comunicarse con Servicio a los Miembros.

Quejas formales

Esta sección de “Quejas Formales” describe nuestro procedimiento para quejas formales. Una queja formal es cualquier expresión de disconformidad que usted o su representante autorizado expresen a través del proceso de presentación de quejas formales. Si quiere hacer un reclamo por un pago o un reembolso de Servicios que ya ha recibido de un Proveedor Fuera del Plan, siga el procedimiento indicado en la sección “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”.

A continuación, se mencionan algunas razones por las que podría presentar una queja formal:

- No está conforme con la calidad de la atención que recibió.

- Recibe por escrito una denegación de Servicios que requieren una autorización previa de parte de Grupo Médico y desea que cubramos los Servicios.
- Recibe una denegación por escrito de una segunda opinión o no respondimos a su solicitud de una segunda opinión de forma expedita, según corresponda para su condición
- Desea que cubramos los Servicios que su médico tratante ha considerado que no son Necesarios desde el Punto de Vista Médico
- Le informaron que los Servicios no tienen cobertura, pero usted considera que deberían tenerla
- Desea que continuemos cubriendo un tratamiento con cobertura que está recibiendo
- Está insatisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para recibir los Servicios, entre ellos, conseguir una cita, en la sala de espera o en la sala de exámenes
- Desea informar sobre el comportamiento indebido de un proveedor o del personal, o su inconformidad con las condiciones de un centro de atención
- Cree que fue víctima de discriminación de parte de los proveedores, el personal o el Plan de Salud
- Cancelamos o anulamos su membresía y usted no está de acuerdo con dicha cancelación o anulación
- Rechazamos su solicitud de cobertura y no está de acuerdo con nuestra decisión

Quién puede presentar una queja formal

Las siguientes personas pueden presentar una queja formal:

- Usted mismo.
- Puede pedirle a un amigo, pariente, abogado o a cualquier otra persona que presente una queja formal por usted si lo nombra su representante autorizado por escrito.
- Uno de los padres puede presentar el reclamo en nombre de su hijo menor de 18 años, pero el menor debe nombrarlo su representante autorizado, si tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja formal.
- Un tutor nombrado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su tutela, pero dicha persona bajo tutela debe nombrar al tutor designado por el tribunal como representante autorizado si la persona bajo tutela tiene el derecho legal a controlar la divulgación de la información relacionada con la queja formal.
- Un protector designado por un tribunal puede presentar un reclamo en nombre de la persona bajo su protección.
- Un representante con un poder legal para la atención médica vigente puede presentar un reclamo por el titular, en la medida que lo autorice la ley del estado.
- Su médico puede actuar como su representante autorizado con su consentimiento verbal para solicitar una queja formal urgente según se describe en “Procedimiento Urgente” en la sección “Quejas Formales”.

Los representantes autorizados deben estar designados por escrito mediante un formulario de autorización o alguna otra forma de aviso por escrito. Puede obtener el formulario de autorización en la oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan, en nuestro sitio web en kp.org/espanol o llamando a Servicio a los Miembros.

Su autorización por escrito deberá adjuntarse a la queja formal. Deberá pagarle a la persona que contrate para que lo ayude o represente.

Cómo presentar una queja formal

Puede presentar una queja formal en forma verbal o por escrito. Su queja formal debe incluir toda la información necesaria, por ejemplo, los motivos por los que cree que se tomó una decisión equivocada o por qué no está satisfecho con los Servicios que recibió.

Procedimiento Estándar

Para presentar una queja formal de manera electrónica, use el formulario de quejas formales de kp.org/espanol.

Para presentar una queja formal de manera verbal, llame a la línea telefónica gratuita de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Para presentar una queja formal por escrito, use nuestro formulario de quejas formales, que está disponible en kp.org/espanol en la sección "Formularios y Publicaciones"; en persona, en cualquier oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan o a través de los proveedores del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros). Puede enviar este formulario de las siguientes maneras:

- en persona, en cualquier oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan;
- por correo a cualquier oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan.

Debe presentar su queja formal en un plazo de 180 días después de ocurrido el incidente o acción que ha causado su inconformidad. También puede enviarnos información, incluidos comentarios, documentos y otros registros de salud que considere que respaldan su queja formal.

Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja formal.

Si su queja formal incluye una solicitud para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Si nuestra decisión no le es favorable, nuestra carta le explicará el motivo y describirá sus derechos de apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una revisión por una organización de revisión independiente, consulte “Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles” en esta sección “Resolución de Disputas”.

Para todas las demás quejas formales, le enviaremos una carta de confirmación en un plazo de cinco días después de haber recibido su queja formal. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días después de haber recibido su queja formal. Si está solicitando Servicios y nuestra decisión no le es favorable, nuestra carta le explicará el motivo y describirá sus derechos de apelación.

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su queja formal, puede solicitarla y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente, sin cargo alguno. Para hacer una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Procedimiento urgente

Si desea que consideremos su queja formal con calidad de urgente, debe solicitarlo cuando presente su queja formal.

Nota: En ocasiones, urgente se cita como “apremiante”.

Si existen circunstancias apremiantes, es posible que su queja formal se revise mediante el procedimiento urgente que se describe en esta sección.

Debe presentar su queja formal urgente de una de las siguientes maneras:

- Llamando a la línea telefónica gratuita de nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)
- Enviando por correo postal una solicitud por escrito a:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566
- Envíe su solicitud escrita por fax a la Unidad de Revisiones Aceleradas a la línea telefónica gratuita **1-888-987-2252**.
- Acuda a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llene el formulario de queja formal en nuestro sitio web en kp.org/espanol

Decidiremos si su queja formal es urgente o no, a menos que el proveedor de atención médica tratante nos informe que su queja formal es urgente. Si determinamos que su queja formal no es urgente, seguiremos el procedimiento descrito en “Procedimiento Estándar” en esta sección de “Quejas Formales”. En general, una queja formal es urgente solo si se cumple una de las siguientes situaciones:

- Utilizar el procedimiento estándar podría poner en grave riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar sus funciones corporales al máximo.
- Utilizar el procedimiento estándar podría, en opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, provocarle dolor de una intensidad tal que no podría controlarse adecuadamente sin prolongar el tratamiento con cobertura.
- Un médico con conocimiento de su condición médica determina que su queja formal es urgente.
- Usted recibió Servicios de Emergencia pero no lo han dado de alta de un centro de atención, y su solicitud consiste en una admisión hospitalaria, continuación de hospitalización u otro Servicio de atención para la salud.
- Recibe actualmente un ciclo de tratamiento con un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos y su queja formal consiste en la solicitud de volver a surtir un medicamento que no se encuentra en dicha lista.

En el caso de la mayoría de las quejas formales que respondemos de manera urgente, le daremos un aviso verbal de nuestra decisión tan pronto como su condición clínica lo requiera, en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido su queja formal. Le enviaremos una confirmación por escrito de nuestra decisión en un plazo de tres días después de haber recibido su queja formal.

Si su queja formal incluye una solicitud para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles y respondemos a su solicitud de forma urgente, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Para obtener información sobre cómo solicitar una revisión por una organización de revisión independiente, consulte “Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles” en esta sección “Resolución de Disputas”.

Si nuestra decisión no le es favorable, nuestra carta le explicará el motivo y describirá sus derechos de apelación.

Nota: Si tiene un problema que representa un peligro grave o inminente para su salud (como dolor grave, riesgo de muerte o la posible pérdida de la vida, de extremidades o funciones corporales importantes), puede comunicarse directamente con el Departamento de Atención Médica Administrada de California en cualquier momento llamando al

1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891) sin necesidad de presentar una queja formal ante nosotros.

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su queja formal, puede solicitarla y le daremos copias de los documentos, registros y otra información pertinente, sin cargo alguno. Para hacer una solicitud, debe llamar a Servicio a los Miembros.

Información adicional sobre las solicitudes previas al servicio para recibir Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico

Puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección mencionada en nuestra carta de confirmación. Para hacer los arreglos para presentar su declaración por teléfono, llame al número de teléfono que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos la información que brinde con su declaración o por otros medios al expediente de su queja formal y la tendremos en cuenta para tomar nuestra decisión sobre su solicitud previa para recibir Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que reunamos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si su queja formal es urgente, la información se le comunicará primero de manera verbal y luego por escrito. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con nuestra decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en el archivo de su queja formal.

Información adicional sobre apelaciones de denegaciones escritas de Servicios que requieren autorización previa

Debe presentar su apelación en un plazo de 180 días después de haber recibido nuestra carta de denegación.

Tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento que pudieran estar vinculados con su apelación, así como sus significados.

También puede presentar su declaración por escrito o por teléfono. Envíenos su declaración por escrito a la dirección mencionada en nuestra carta de confirmación. Para hacer los arreglos para presentar su declaración por teléfono, llame al número de teléfono que se menciona en la carta de confirmación.

Agregaremos la información que brinde en su declaración o por otros medios a su expediente de apelación y la tendremos en cuenta para tomar nuestra decisión sobre su apelación.

Compartiremos y le enviaremos toda la información adicional que reunamos durante nuestra revisión. Si consideramos que su solicitud no debe ser aprobada, antes de emitir la carta con nuestra decisión, compartiremos también con usted los motivos nuevos o adicionales que llevaron a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos o la información adicional. En nuestras cartas sobre información adicional y motivos nuevos o adicionales, también se explicará cómo puede responder a la información proporcionada, si desea hacerlo. Si su apelación es urgente, la información se le comunicará primero en forma verbal y luego por escrito. Si no responde antes de que tengamos que emitir la carta con nuestra decisión final, esa decisión se basará en la información que tengamos en el archivo de su apelación.

Información adicional sobre los criterios de determinación de una revisión de utilización para los Servicios de salud mental o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Los criterios de determinación de una revisión de utilización y cualquier material del programa educativo para las personas que toman decisiones de autorización relacionadas con los servicios de salud mental o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias están disponibles en kp.org/espanol sin costo.

Organización de Revisión Independiente para Solicitudes de Medicamentos Recetados que No Se Encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles

Si presentó una queja formal para obtener un medicamento recetado que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y no la aceptamos, podrá presentar una solicitud de revisión de su queja formal por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO"). Debe presentar su solicitud de revisión por la IRO en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que recibe esta carta de decisión.

Debe presentar su solicitud de revisión por la IRO de una de las siguientes maneras:

- Llamando a la línea telefónica gratuita de nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-7247** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

- Enviando por correo postal una solicitud por escrito a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

- Envíe su solicitud escrita por fax a la Unidad de Revisiones Aceleradas a la línea telefónica gratuita **1-888-987-2252**.

- Acuda a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Llene el formulario de queja formal en nuestro sitio web en kp.org/espanol

Para revisiones urgentes por parte de una IRO, le enviaremos la decisión del revisor independiente en un plazo de 24 horas. Para revisiones no urgentes, le enviaremos la decisión del revisor independiente en un plazo de 72 horas. Si la decisión del revisor independiente no le es favorable, podrá presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada, como se describe en “Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada” de esta sección “Resolución de Disputas”. También podrá presentar una solicitud para una revisión médica independiente, como se describe en “Revisión Médica Independiente” en esta sección “Resolución de Disputas”.

Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es el organismo responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal respecto a su plan de salud, primero debe llamar a la línea telefónica gratuita de su plan de salud al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. La utilización de este procedimiento de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionado con una emergencia que su plan de salud no haya resuelto favorablemente o con una queja que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días, comuníquese con el departamento para recibir asistencia. Además, es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR). De ser así, el proceso de la IMR hará una evaluación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o que se encuentran en investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono sin costo (**1-888-466-2219**) y un sistema de telecomunicación para personas con impedimentos auditivos (**1-877-688-9891**). En el sitio web en línea del departamento, www.dmhc.ca.gov, podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

Revisión Médica Independiente (“IMR”)

Excepto como se describe en la sección “Revisión Médica Independiente (“IMR”)”, debe terminar con el procedimiento interno de quejas formales antes de pedir una revisión médica independiente a menos que no hayamos cumplido con el procedimiento de quejas formales que se describe en “Quejas Formales” en la sección “Resolución de disputas”. Si reúne los requisitos, usted o su representante autorizado puede solicitar que se revise su problema mediante el proceso de revisión médica independiente manejado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California (“DMHC”). El DMHC determina qué casos reúnen los requisitos para una IMR. Esta revisión no tiene costo para usted. Si decide no solicitar una IMR, es posible que esté renunciando al derecho de proceder con algunas acciones legales en contra de nosotros.

Puede tener derecho a una IMR si se cumple todas estas condiciones:

- Una de estas situaciones se aplica a su caso:
 - ♦ recibió una recomendación de un proveedor para solicitar Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico
 - ♦ recibió Servicios de Emergencia, Servicios de ambulancia de emergencia o Atención de Urgencia de un proveedor que determinó que los Servicios eran Necesarios desde el Punto de Vista Médico
 - ♦ consultó a un Proveedor del Plan para el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica
- Su solicitud de pago o de Servicios ha sido denegada, modificada o demorada, basándose total o parcialmente en una decisión que determinó que los Servicios no eran Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Usted presentó una queja formal y la hemos denegado o no hemos tomado una decisión al respecto en un plazo de 30 días (o de tres días en el caso de quejas formales urgentes). El DMHC puede eximirlo del requisito de presentarnos primero una queja formal en casos excepcionales y apremiantes, como dolor intenso o posible pérdida de la vida, de extremidades o de funciones corporales mayores. Si hemos denegado su queja formal, debe enviar su solicitud de IMR en un plazo de seis meses después de la fecha de nuestra denegación por escrito. Sin embargo, el DMHC podría aceptar su solicitud después de transcurridos seis meses si determinan que las circunstancias impidieron la presentación oportuna.

También puede reunir los requisitos para una IMR si el Servicio que solicitó se denegó por ser experimental o estar en fase de investigación, tal como se describe en “Denegación de servicios experimentales o de investigación”.

Si el DMHC determina que su caso cumple con los requisitos para una IMR, nos pedirá que enviemos su caso a la organización de IMR del DMHC. El DMHC le notificará la decisión apenas la reciba de la organización de revisiones médicas independientes. Si esta decisión es a su favor, nos comunicaremos con usted para gestionar el Servicio o el pago.

Denegación de servicios experimentales o de investigación

Si rechazamos un Servicio por considerarlo experimental o en fase de investigación, le enviaremos una explicación por escrito en un plazo de tres días después de recibir su solicitud. Le explicaremos por qué hemos denegado el Servicio y le informaremos sobre las opciones adicionales para la resolución de disputas. Además, le proporcionaremos información sobre su derecho a solicitar una revisión médica independiente, si al momento de tomar nuestra decisión contábamos con la siguiente información:

- Su médico tratante presentó una declaración por escrito donde indica que usted tiene una enfermedad gravemente debilitante o que pone en peligro la vida, y que los tratamientos convencionales no han sido eficaces para mejorar su salud; que los tratamientos convencionales no son apropiados; o que no existe un tratamiento convencional cubierto que sea más beneficioso que el solicitado. “Que pone en peligro la vida” se refiere a enfermedades o trastornos con una alta probabilidad de muerte a menos que se detenga su avance, o enfermedades o trastornos con consecuencias potencialmente mortales, en cuyo caso la intervención clínica tiene como objetivo la supervivencia. “Gravemente debilitante” significa enfermedades o condiciones que provocan morbilidad irreversible.
- Si su médico tratante es un Médico del Plan y recomendó un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia, y certificó que el tratamiento solicitado probablemente sea más beneficioso que cualquier otro tratamiento convencional disponible, e incluyó una declaración con evidencia que respalda la recomendación del Médico del Plan.
- Usted (o su Médico Fuera del Plan, que cuenta con título y certificación de la asociación médica o reúne los requisitos de esta asociación y está calificado en el área de ejercicio de la medicina que trata este tipo de enfermedad) solicitó un tratamiento que, de acuerdo con dos documentos de evidencia médica y científica según se define en la sección 1370.4(d) del Código de Salud y Seguridad de California, probablemente sea más beneficioso que cualquier otro tratamiento convencional. La certificación del médico incluyó una declaración con la evidencia que respalda su recomendación. No cubrimos los Servicios de un Proveedor Fuera del Plan.

Nota: Puede solicitar en cualquier momento una IMR para denegaciones de servicios experimentales o en fase de investigación sin necesidad de presentarnos una queja formal.

Quejas ante la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que un Proveedor del Plan o nosotros lo hemos discriminado debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye estereotipos de género e identidad de género) o religión, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, “OCR”) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Puede presentar su queja informal ante la OCR en un plazo de 180 días a partir del momento en que considera que ocurrió el acto de discriminación. Sin embargo, la OCR puede aceptar su solicitud después de transcurridos los seis meses si determinan que las circunstancias impedían la presentación oportuna. Para obtener más información sobre la OCR y sobre cómo presentar una queja ante la OCR, visite hhs.gov/civil-rights.

Revisión Adicional

Si no queda satisfecho después de haber usado todos nuestros procedimientos internos de apelación y reclamos, si corresponde, podría tener derecho a solicitar una revisión externa por parte de los tribunales estatales.

Arbitraje Obligatorio

Para todos los reclamos sujetos a esta sección de “Arbitraje Obligatorio”, tanto los Demandantes como los Demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida en que esta sección “Arbitraje Obligatorio” sea aplicable a los reclamos presentados por las Partes de Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta *EOC*. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las Partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de o está relacionado con la supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté asociada con esta *EOC* o con la relación de la Parte del Miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (el “Plan de Salud”), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un servicio o artículo médico que no era necesario, o no estaba autorizado o se prestó de forma

incorrecta, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones, o que esté relacionado con la cobertura de, o la prestación o entrega de servicios o artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo

- El reclamo es presentado por una o más Partes del Miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes del Miembro
- Le legislación aplicable no impide el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los Miembros inscritos en esta *EOC* renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, pero los siguientes tipos de reclamos no están sujetos al arbitraje obligatorio:

- reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía
- reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage
- reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable

Como se indica en la sección “Arbitraje Obligatorio”, las “Partes del Miembro” incluyen a:

- el Miembro
- un heredero, familiar o representante personal del Miembro
- cualquier persona que manifieste que surge un deber pendiente para esa persona en virtud de la relación del Miembro con una o más de las Partes de Kaiser Permanente

Las “Partes de Kaiser Permanente” incluyen a:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group
- The Permanente Federation, LLC
- The Permanente Company, LLC
- cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group
- cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes del Miembro
- cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas

“Demandante” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Normativas de arbitrajes para Miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente* (“Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, llame a nuestro Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una Petición de Arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la Petición de Arbitraje todos los reclamos contra los Demandados fundamentadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la Petición de Arbitraje

La Petición de Arbitraje deberá notificarse a Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Para Miembros de la Región Base del Norte de California:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
1 Kaiser Plaza, Piso 19
Oakland, CA 94612

Para Miembros de la Región Base del Sur de California:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

La notificación de dicho Demandado se considerará efectuada cuando este reciba la petición. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Tarifa por presentación

Los Demandantes pagarán una tarifa por presentación única y no reembolsable de \$150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de Arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la Petición de Arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la Petición de Arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de la tarifa por presentación y de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de Exoneración de Tarifas (Fee Waiver Form) y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a las partes demandadas. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Número de árbitros

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de los Demandantes de pagar los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje obligatorio, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar daños monetarios mayores a \$200,000.

Si la Petición de Arbitraje intenta obtener compensación monetaria por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir a su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pagos de los honorarios y los gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en el Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y los gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los

Demandados serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y los gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes correspondientes a los arbitrajes que se describen en la sección “Arbitraje Obligatorio”, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá abandonar y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha del aviso de la Petición de Arbitraje para el reclamo, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de aviso de la Petición de Arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido el aviso correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnización por Lesiones Médicas de California de 1975 (incluida cualquier enmienda), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de cualquier seguro o de beneficio por discapacidad al paciente, la limitación de la recuperación por daños no económicos y el derecho a solicitar que una indemnización por daños futuros programada en pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo según lo permita o exija la ley.

La sección “Arbitraje Obligatorio”, la sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes en el momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan la sección “Arbitraje Obligatorio”. De acuerdo con la norma que se aplica según las secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje Obligatorio” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una Parte del Miembro y una

Parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Cancelación de la Membresía

La fecha de cancelación de su membresía es el primer día en que ya no tenga cobertura (por ejemplo, si la fecha de cancelación es el 1 de enero de 2026, su cobertura estará vigente hasta las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025). Todos los Servicios que reciba después de que se cancele la membresía se facturarán con la tarifa para no Miembros, excepto algunos Servicios dentales pediátricos que se describan en una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos hecha a esta *EOC* (si corresponde). Si su plan tiene una Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos, se adjuntará a esta *EOC* y se incluirá en su Índice. Al cancelarse su membresía, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen obligación ni responsabilidad alguna conforme a esta *EOC*, excepto por lo dispuesto en “Pagos después de la Cancelación” de esta sección “Cancelación de la Membresía”.

Cómo Puede Cancelar su Membresía

Si está inscrito a través de Covered California

Comuníquese con Covered California o con el Plan de Salud para obtener información sobre cómo puede cancelar su membresía y conocer la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Deberá notificar a Covered California o al Plan de Salud al menos 14 días antes de la fecha en la que quiere dar por terminada su cobertura.

Si está inscrito directamente con Kaiser Permanente

Puede cancelar su membresía si envía una notificación por escrito, firmada por el Suscriptor, a la dirección que se indica abajo. Si usted es Suscriptor con Dependientes inscritos, se cancelará el plan de seguro de toda la Familia a menos que se especifique lo contrario. Es importante que envíe su aviso de cancelación tan pronto como sepa que desea cancelar su cobertura. Su membresía se cancelará a las 11:59 p. m. del día en que recibamos su aviso, o en la fecha que usted indique en su aviso escrito, lo que ocurra después. Todos los montos por pagar relacionados con esta *EOC*, incluidas las Primas correspondientes al periodo anterior a su fecha de cancelación, vencerán y se deberán pagar de acuerdo con la factura o notificación más reciente que haya recibido. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
California Service Center

P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-3127

Si tiene una Cobertura Auxiliar

Si eligió una Cobertura Auxiliar por medio de cualquier otro programa, la evidencia de cobertura de ese plan no se podrá cancelar sin cancelar la cobertura de esta *EOC*, a menos que el cambio se realice durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

Cancelación Debido a la Pérdida de Elegibilidad

Si cumple los requisitos de elegibilidad descritos en “Quién Es Elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción” el primer día de un mes, pero más adelante en ese mes ya no los cumple, su membresía se cancelará a las 11:59 p. m. del último día de ese mes (a menos que se incluya una fecha distinta en “Elegibilidad como Dependiente” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”). Por ejemplo, si deja de ser elegible el 5 de diciembre de 2025, su fecha de cancelación será el 1 de enero de 2026, y su cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025.

Continuidad de la membresía

Si pierde su elegibilidad como Dependiente y quiere seguir siendo miembro del Plan de Salud, podría inscribirse como suscriptor en uno de nuestros planes Kaiser Permanente for Individuals and Families. Si desea que la cobertura de su nuevo plan individual entre en vigor cuando termine su cobertura como Dependiente, debe presentar su solicitud en el periodo de inscripción especial para inscribirse en un plan individual debido a que perdió su otra cobertura. De lo contrario, deberá esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta anual.

Para pedir una solicitud para inscribirse directamente con nosotros, visite buykp.org (haga clic en “Español”) o llame a Servicio a los Miembros. Para obtener información sobre los planes disponibles por medio de Covered California, consulte la sección “Covered California” a continuación.

Covered California

Los ciudadanos o los residentes legales de EE. UU. pueden comprar cobertura de atención médica de Covered California. A esto se le denomina el intercambio de beneficios de salud de California (“el Intercambio”). Puede solicitar ayuda para pagar las primas y los copagos solo si compra la cobertura a través de Covered California. Es posible que pueda recibir asistencia financiera si reúne ciertas pautas de ingresos. Para obtener más información sobre la cobertura disponible a través de Covered California, visite coveredca.com/espanol o llame a Covered California al 1-800-300-1506 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cancelación con Causa

Si realiza intencionalmente un fraude en relación con su membresía, con el Plan de Salud o con un Proveedor del Plan, podremos cancelar su membresía mediante un aviso por escrito al Suscriptor; la cobertura se cancelará 30 días a partir de la fecha en la que enviamos el aviso. Algunos ejemplos de fraude incluyen:

- Presentación de información falsa en relación con los requisitos sobre usted o un Dependiente
- Presentar una receta u orden médica falsa
- Usar indebidamente una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente (o permitir que otra persona la utilice)
- Presentar información material incorrecta o incompleta. Por ejemplo, firmó un Acuerdo de Maternidad Subrogada y no nos ha enviado la información requerida según el punto “Acuerdos de Maternidad Subrogada” en “Reducciones” de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”
- No nos notifica sobre cambios en la condición de la familia o la cobertura de Medicare que pueden perjudicar su elegibilidad o beneficios.

Después de cumplir sus primeros 24 meses de cobertura individual y familiar, no cancelaremos su cobertura únicamente porque usted nos presentó información importante incorrecta o incompleta en su solicitud de cobertura médica.

Si cancelamos su membresía con causa, no se le permitirá inscribirse en el Plan de Salud en el futuro. También podemos informar a las autoridades sobre cualquier fraude o acto delictivo para que tomen las medidas correspondientes.

Cancelación por Falta de Pago de las Primas

Si no paga sus Primas requeridas dentro de los plazos establecidos, podemos cancelar su membresía según se describe en esta sección “Cancelación por Falta de Pago de las Primas”. Si tiene la intención de cancelar su membresía, recuerde notificarnos según se describe en “Cómo Puede Cancelar su Membresía” en esta sección “Cancelación de Membresía” ya que será responsable de pagar por las Primas que se le facturen a menos que nos informe antes del día primero del mes de cobertura en el que desea cancelar su cobertura.

Si no recibimos un pago por adelantado del crédito tributario (“APTC”) en su nombre

El pago de su Prima para el siguiente mes de cobertura vencerá el último día del mes anterior. Si no recibimos la totalidad del pago de la Prima el día indicado, enviaremos un aviso de falta de pago a la dirección del Suscriptor que conste

en nuestros registros. Tendrá un periodo de gracia de 30 días para pagar las Primas requeridas antes de que cancelemos esta EOC por falta de pago. En la notificación, se indicará cuándo comienza el periodo de gracia y cuándo se cancelará la membresía del Suscriptor y de todos los Dependientes si no se pagan las Primas requeridas. Su cobertura continuará durante este periodo de gracia. Enviaremos un aviso de cancelación a la dirección del Suscriptor que conste en nuestros registros si no recibimos la totalidad del pago de la Prima dentro del plazo del periodo de gracia. Después de la cancelación de su membresía por falta de pago de las primas, aún será responsable de pagar todos los montos que debe, incluido el de las primas del periodo de gracia.

Si recibimos el APTC en su nombre

El pago por adelantado del crédito tributario (advance payment of the premium tax credit, APTC) es asistencia financiera federal o estatal disponible para los suscriptores elegibles al inscribirse en un plan de salud de Covered California. Si recibimos el APTC en su nombre, usted será responsable de pagar la parte de las Primas mensuales que iguale las Primas Totales menos el APTC que recibimos en su nombre para ese mes. El pago parcial de las Primas del mes de cobertura siguiente vence el último día del mes precedente. Si no recibimos su parte de las Primas mensuales a tiempo, le daremos un periodo de gracia de tres meses.

Le enviaremos una notificación por escrito para indicarle cuándo comenzará el periodo de gracia. La notificación explicará cuándo se deben pagar las Primas y las membresías del Suscriptor y de todos los Dependientes terminará su cobertura si no paga su parte de todas las Primas pendientes. Si no recibimos su parte de todas las Primas pendientes (incluida cualquier Prima para el periodo de gracia) antes de que termine el periodo de gracia, es posible que cancelemos su membresía. Una vez cancelada su membresía por falta de pago de las Primas, seguirá siendo responsable de pagar todos los montos que debe pagar, incluidas las Primas del primer mes de cobertura sin pagar, y cualquier otra factura adeudada a Kaiser Permanente, según se describe en el aviso del periodo de gracia.

Cancelación por Suspensión de un Producto o de Todos los Productos

Podemos cancelar su membresía si dejamos de ofrecer este producto, según lo permita o contemple la ley. Si tenemos otros productos individuales (no de grupo) disponibles, podemos cancelar su membresía con este producto mediante un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha de cancelación. Podrá inscribirse en cualquier otro producto que ofrezcamos a nivel individual (no de grupo) si cumple todos los requisitos de elegibilidad. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, dispone de un plan de cobertura individual sin revisión médica. Las primas y la cobertura de nuestro otro plan individual podrían ser distintas de las que

se mencionan en esta *EOC*. Si ya no ofrecemos todos los productos individuales (no de grupo), podemos cancelar su membresía mediante un aviso por escrito al menos 180 días antes de la fecha de cancelación.

Pagos después de la Cancelación

Si cancelamos su membresía con causa o por falta de pago, haremos lo siguiente:

- En un plazo de 30 días, le reembolsaremos cualquier monto adeudado por Primas que haya pagado después de la fecha de cancelación.
- Le pagaremos toda cantidad que hayamos determinado que le debemos por reclamos durante su membresía, de acuerdo con las secciones “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” y “Resolución de Disputas”.

Deduciremos de nuestros pagos cualquier monto que usted adeude al Plan de Salud o a los Proveedores del Plan.

Anulación de la Membresía

Durante los primeros 24 meses de cobertura, podemos anular su membresía después de que haya entrado en vigor (cancelar completamente su membresía de modo que no haya existido nunca) si determinamos que usted o cualquier persona que solicite la membresía en su nombre realizó alguno de los siguientes actos antes de la entrada en vigor de la membresía:

- Realizó un acto, una práctica o una omisión que constituya fraude en relación con su inscripción o su solicitud de inscripción.
- Realizó una tergiversación intencional de un hecho material relacionado con su inscripción o su solicitud de inscripción, tal como omitir intencionalmente un hecho material.
- Intencionalmente no nos informó sobre los cambios materiales hechos a la información de su solicitud de inscripción.

Enviaremos un aviso por escrito al Suscriptor al menos 30 días antes de la anulación de la membresía, aunque la anulación cancelará completamente su membresía de manera que esta nunca existió. El aviso explicará los fundamentos de nuestra decisión y cómo puede apelarla. Si se anula su cobertura, debe pagar los Cargos totales de cualquier Servicio incluido en la cobertura. Le reembolsaremos la totalidad de la Prima correspondiente, pero podremos restarle la cantidad que usted nos deba. Usted no será elegible para volver a solicitar membresía hasta el siguiente periodo de inscripción abierta.

Después de los primeros 24 meses de cobertura, es posible que no anulemos su membresía si usted o alguien en su nombre nos proporcionó información material incorrecta o

incompleta, independientemente de si usted o alguien en su nombre intencionalmente intentó proporcionarnos dicha información.

Cómo Apelar la Cancelación o la Anulación de la Membresía

Si considera que cancelamos o anulamos inadecuadamente su membresía, puede presentar una queja formal para apelar la decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una queja formal, consulte las “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”.

Revisión Estatal de la Cancelación de la Membresía

Si cree que hemos cancelado su membresía debido a sus problemas de salud o necesidades de atención médica, puede solicitar una revisión de la cancelación por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California (consulte el título “Quejas ante el Departamento de Atención Médica Administrada” en la sección “Resolución de Disputas”).

Otras Disposiciones

Administración de esta EOC

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *EOC*.

Instrucciones Anticipadas

La Ley de Decisiones sobre Atención Médica de California le ofrece varias alternativas para que decida el tipo de atención médica que recibirá si se enferma gravemente o pierde el conocimiento, entre otras:

- Un *Poder notarial de atención médica* le permite designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con su atención médica, en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo. Además, le permite especificar sus decisiones en cuanto a recibir soporte vital u otros tratamientos.
- Las *instrucciones personales de atención médica* le permiten expresar sus deseos sobre el uso de medidas artificiales para prolongar la vida y otros tratamientos. Puede expresar estos deseos a su médico y pedirle que los documente en su historia clínica, o bien redactarlos y solicitar que se incluyan en su historia clínica.

Para obtener más información acerca de las instrucciones anticipadas y de cómo obtener formularios e instrucciones, comuníquese con la oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan. Para obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, consulte nuestro sitio web kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Solicitudes y Declaraciones

Usted deberá completar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitamos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta *EOC*.

Cesión

No puede ceder esta *EOC* ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos de dinero adeudado, beneficios u obligaciones en virtud de la presente sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Honorarios y Gastos de Abogados y Defensores

En cualquier disputa entre un Miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados.

Autoridad para la Revisión de Reclamos

Tenemos la responsabilidad de determinar si tiene derecho a recibir beneficios conforme a esta *EOC* y la facultad para revisar y evaluar, a nuestra entera discreción, los reclamos que surjan conforme a esta *EOC*. Para realizar esta evaluación, interpretaremos las disposiciones de esta *EOC* de forma independiente. Podríamos revisar los reclamos con la ayuda de expertos médicos. Si la cobertura conforme a esta *EOC* está sujeta a la regulación del procedimiento de reclamos (Título 29 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], 2560.503-1) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, “ERISA”), entonces somos un “fiduciario de reclamos reconocido” para revisar reclamos conforme a esta *EOC*.

EOC Obligatoria para los Miembros

Cuando se elige la cobertura o se aceptan los beneficios según esta *EOC*, todos los Miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los Miembros que no tengan esta capacidad legal aceptan todas las disposiciones de esta *EOC*.

Legislación Vigente

Excepto cuando tengan precedencia las leyes federales, esta *EOC* se regirá por las leyes de California y cualquier disposición que deba incluirse en esta *EOC* como consecuencia de las leyes estatales o federales será de cumplimiento obligatorio para los Miembros y el Plan de Salud, aunque no se estipule en esta *EOC*.

No Renuncia

El hecho de que no hagamos cumplir alguna de las disposiciones de esta *EOC* no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a ninguna otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de cualquier disposición.

Avisos con Respecto a Su Cobertura

Si se inscribió por medio del Plan de Salud

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos del Suscriptor, excepto que haya elegido recibir los documentos de acuerdo de membresía y evidencia de cobertura en línea, en cuyo caso notificaremos al Suscriptor a la dirección de correo electrónico más reciente que tengamos cuando se publiquen avisos relacionados con las enmiendas a esta *EOC* en nuestro sitio web kp.org/espanol. El Suscriptor es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Los Suscriptores que se muden (o que cambien de dirección de correo electrónico si el Suscriptor eligió recibir estos documentos de acuerdo de membresía y evidencia de cobertura en nuestro sitio web) deben comunicarse lo antes posible con Servicio a los Miembros para darnos la nueva dirección. Si un miembro no vive con el Suscriptor o necesita que se envíe información confidencial a una dirección distinta a la del Suscriptor, debe llamar a Servicio a los Miembros para analizar otras opciones de entrega.

Si está inscrito a través de Covered California

Los avisos de Covered California se enviarán a la dirección más reciente del Suscriptor que tenga Covered California. El Suscriptor es responsable de notificar a Covered California sobre cualquier cambio de dirección. Los Suscriptores que se muden deben llamar a Covered California lo antes posible para actualizar su dirección. Si un Miembro no reside con el Suscriptor o necesita que se le envíe la información confidencial a una dirección diferente a la del Suscriptor, el Miembro debe comunicarse con Covered California para analizar otras opciones de entrega.

Recuperación de Exceso de Pago

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de Servicios de

cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar los Servicios.

Prácticas de Privacidad

Kaiser Permanente resguarda la privacidad de la información médica protegida de sus Miembros. También exigimos a los proveedores contratados que protejan su información médica protegida. Su información médica protegida es información (oral, escrita o electrónica) que le identifica de forma personal sobre su salud, los servicios de atención para la salud que recibe o el pago de su atención médica. Por lo general, puede ver y obtener copias de su información médica protegida, y también corregirla o actualizarla y pedirnos que expliquemos la divulgación de ciertos datos incluidos en ella.

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

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

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 nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad* (consulte más adelante). La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un breve resumen de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE NUESTRO *AVISO DE 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, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar el aviso en un Centro del Plan o en nuestro sitio web kp.org/espanol.

Participación en la Política Pública

La Junta Directiva de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. establece una política pública para el Plan de Salud. Para obtener una lista de los integrantes de esta Junta Directiva, visite nuestro sitio web en about.kp.org (en inglés) o llame a Servicio a los Miembros. Si desea brindar su opinión sobre la política pública del Plan de Salud para que la Junta la considere, envíe sus comentarios por escrito a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Office of Board and Corporate Governance Services
One Kaiser Plaza, Piso 19
Oakland, CA 94612

Información Útil

Cómo Obtener esta EOC en Otros Formatos

Para solicitar una copia de esta EOC en un formato diferente (Braille, audio, archivo electrónico de texto o impreso con letra más grande), llame a Servicio a los Miembros.

Directorio de Proveedores

Consulte el Directorio de Proveedores de su Región Base para obtener la siguiente información:

- una lista de los Médicos del Plan
- las ubicaciones de los Centros del Plan y los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada centro de atención
- los horarios de atención
- números de teléfono para citas y consejos

Este directorio está disponible en nuestro sitio web en kp.org/espanol. Para obtener una copia impresa, llame a Servicios a los Miembros El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los médicos y los centros del plan podría cambiar. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros.

Herramientas y Recursos en Línea

Estas son algunas herramientas y recursos disponibles en nuestro sitio web en kp.org/espanol:

- cómo utilizar nuestros Servicios y hacer citas
- herramientas para enviar un correo electrónico al consultorio de su médico, ver los resultados de las pruebas, volver a surtir recetas médicas y programar citas de rutina
- recursos de educación para la salud
- pautas de la atención preventiva
- derechos y responsabilidades de los Miembros

También puede tener acceso a herramientas y recursos mediante la aplicación de KP en su teléfono inteligente o en otro dispositivo móvil.

Preferencias para la Entrega de Documentos

Muchos documentos del plan de salud están disponibles en formato electrónico, como las facturas, declaraciones y notificaciones. Si prefiere obtener los documentos en formato electrónico, visite kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros. Puede cambiar sus preferencias de entrega en cualquier momento. Para obtener una copia de un documento específico del plan de salud en formato impreso, llame a Servicio a los Miembros.

Cómo Comunicarse con Nosotros

Citas

Si necesita hacer una cita, por favor, llámenos o visite nuestro sitio web:

Llame al número de teléfono para citas de un centro del plan (para conocer los números de teléfono consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Sitio web kp.org/espanol para citas de rutina (no urgentes) con su Médico personal del Plan u otro Médico de Atención Primaria

¿No sabe con seguridad qué tipo de atención necesita?

Si necesita consejo para determinar si requiere atención médica o cómo y cuándo recibirla, contamos con profesionales de atención médica disponibles para asistirlo telefónicamente las 24 horas del día, los siete días a la semana:

Llame al número de teléfono para obtener consejos o citas de un centro del plan (para conocer los números de teléfono consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Servicio a los Miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura, cómo obtener servicios o las instalaciones en las que puede recibir atención, puede comunicarse con nosotros de las siguientes maneras:

Llame al **1-800-788-0616** (español)
1-800-464-4000 (en inglés y en más de 150 idiomas mediante nuestros servicios de interpretación)
Los usuarios de TTY deben llamar al **711**

Las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)

Acuda a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Escriba a una oficina de Servicio a los Miembros de un centro del plan (para conocer las direcciones, consulte nuestro Directorio de Proveedores o llame a Servicio a los Miembros)

Sitio web kp.org/espanol

Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción o la elegibilidad para la cobertura que ofrece Covered California, comuníquese directamente con Covered California. Consulte “Cómo Comunicarse con Covered California” a continuación en la sección “Información Útil”.

Estimados, facturas y estados de cuenta

Si tiene alguna de estas preguntas o dudas, por favor, llámenos al número que aparece a continuación:

- Si tiene preguntas sobre una factura
- Si quiere saber cuánto pagó para alcanzar el Deducible del Plan (si corresponde) o el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan
- Para obtener un estimado de los Cargos por los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan (si corresponde)

Llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)

Sitio web kp.org/memberestimates

Línea de Atención para Viajeros

Si tiene preguntas sobre su cobertura cuando esté lejos de casa:

Llame al **1-951-268-3900**

Las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)

Sitio web kp.org/viajero

Autorización para obtener Atención de Postestabilización

Si necesita solicitar una autorización previa para obtener Atención de Postestabilización como se describe en “Servicios de Emergencia” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”:

Llame al **1-800-225-8883** o al número de teléfono para notificaciones que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

las 24 horas del día, los siete días de la semana

Para obtener ayuda con formularios de reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios para el COVID-19

Si necesita un formulario de reclamo para solicitar un pago o reembolso por los servicios que se describen en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” o en el título “Servicios de Ambulancia” de la sección “Beneficios”, o por servicios relacionados con el COVID-19, como se describe en los títulos “Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Servicios Preventivos” de la sección “Beneficios”, o si necesita ayuda para llenar el formulario, puede comunicarse con nosotros por teléfono o mediante nuestro sitio web.

Llame al **1-800-464-4000** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos)

Sitio web kp.org/espanol

Para presentar reclamos por Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia y Servicios para el COVID-19

Si necesita presentar un formulario de reclamos completo por Servicios que se describen en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” o bajo el título “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios”, o Servicios para el COVID-19 bajo los títulos “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios Diagnósticos y de Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” o “Servicios Preventivos” en la sección “Beneficios” o si necesita presentar información que le solicitamos sobre su reclamo, envíela a nuestro Departamento de Reclamos:

Escriba *Para Miembros de la Región Base del Norte de California:*

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

Para Miembros de la Región Base del Sur de California:

Kaiser Permanente
Claims Administration - SCAL
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Acceso telefónico de texto (“TTY”)

Si utiliza un dispositivo telefónico de texto (“TTY”, también conocido como “TDD”) para comunicarse por teléfono, puede usar el Servicio de Retransmisión de California llamando al 711.

Servicios de interpretación

Háganos saber si necesita servicios de interpretación cuando nos llame o cuando obtenga Servicios cubiertos. Los servicios de interpretación, incluido el lenguaje de señas, están disponibles durante todo el horario de atención sin costo. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame a Servicio a los Miembros.

Cómo Comunicarse con Covered California

Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción o la elegibilidad para la cobertura que ofrece Covered California, visite el sitio web de Covered California o llame al Centro de Servicio de Covered California:

Llame al **1-800-300-1506**
1-888-889-4500 (TTY)

1-800-826-6317 (árabe)
1-800-300-1533 (mandarín)
1-800-771-2156 (hmong)
1-800-738-9116 (coreano)
1-800-778-7695 (ruso)
1-800-983-8816 (tagalo)
1-800-996-1009 (armenio)
1-800-921-8879 (farsi)
1-800-906-8528 (jemer)
1-800-300-0213 (español)
1-800-652-9528 (vietnamita)

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y
sábado de 8 a. m. a 6 p. m.
Cerrado los sábados y domingos y todos
los días festivos estatales

Sitio web coveredca.com/espanol

- En ciertos casos, usted o un tercero podrían ser responsables de hacernos un reembolso por Servicios cubiertos (consulte “Reducciones” en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”).
- Debe pagar el costo completo de los Servicios sin cobertura.

Responsabilidad de Pago

Esta sección “Responsabilidad de Pago” explica de forma breve quién es responsable de realizar los pagos relacionados con la cobertura de atención médica que se describe en esta *EOC*. La responsabilidad de pago se describe con más detalle en otras secciones de esta *EOC*, tal como se describe a continuación:

- El Suscriptor es responsable de pagar las Primas (consulte “Primas” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).
- Usted es responsable de pagar el Costo Compartido por los Servicios cubiertos (consulte la sección “Resumen del Costo Compartido”).
- Si recibe Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización, Atención de Urgencia Fuera del Área o Servicios relacionados con el COVID-19 por parte de un Proveedor Fuera del Plan, o si recibe Servicios de ambulancia de emergencia, deberá pagar al proveedor y presentar un reclamo de reembolso, a menos que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte “Pagos y Reembolsos” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”).
- Si recibe Servicios que no autorizamos de un Proveedor Fuera del Plan (y que no son Servicios de Emergencia, Atención de Postestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, Servicios de ambulancia de emergencia o Servicios para el COVID-19) y desea que paguemos por la atención, deberá presentar una queja formal (consulte “Quejas Formales” en la sección “Resolución de Disputas”).
- Si tiene Medicare, coordinaremos los beneficios con su otra cobertura (consulte “Coordinación de Beneficios” en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de beneficios y Reducciones”).

Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos

Cubrimos ciertos servicios dentales para los Afiliados Pediátricos Elegibles a través de Delta Dental of California (“Delta Dental”). Lea la siguiente información para saber cómo obtener servicios dentales. Debe obtener Beneficios dentales de su Dentista Contratado asignado (u obtener una referencia para los Servicios de Especialistas).

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS, LLAME AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE DELTA DENTAL AL 800-589-4618, DE 5 A. M. A 6 P. M., HORA DEL PACÍFICO, DE LUNES A VIERNES.

Delta Dental
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

IMPORTANTE: Si elige recibir servicios dentales que no están cubiertos en los Beneficios de este Programa, un Dentista Contratado podrá cobrarle su tarifa habitual por esos servicios. Antes de brindarle a un paciente servicios dentales que no son un Beneficio cubierto, el Dentista deberá proporcionarle al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio anticipado que proveerá y el costo estimado para cada servicio.

Introducción

Este documento enmienda la *EOC* de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan de Salud) para incluir la cobertura de servicios dentales pediátricos, como se describe en esta Enmienda de Servicios Dentales Pediátricos (“Enmienda”). Todas las disposiciones de la *EOC* se aplican a la cobertura que se describe en este documento, excepto en las siguientes secciones:

- “Cómo Obtener Servicios” (con la excepción de que la información sobre el cumplimiento de los servicios en la sección “Contratos con los Proveedores del Plan” sí se aplica a la cobertura que se describe en este documento)
- “Centros de Atención del Plan”
- “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”
- “Beneficios”, excepto que la información en “Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” en la sección “Beneficios” sí se aplica
- “Reclamos y Apelaciones Después de Recibir un Servicio”
- “Resolución de Disputas”

Estos Beneficios dentales pediátricos están destinados a Afiliados Pediátricos Elegibles.

El Programa DeltaCare USA brinda beneficios de atención dental pediátrica esencial. Se accede a los beneficios por medio de la Red Individual de DeltaCare USA, una práctica red de Dentistas Contratados y profesionales dentales establecidos, que se evalúan para garantizar que se mantengan los estándares de calidad, acceso y seguridad.

El Plan de Salud tiene un contrato con Delta Dental para ofrecerle el programa DeltaCare USA Program y su Red Individual DeltaCare USA. Se le asigna un Dentista Contratado de la Red Individual de DeltaCare USA. No necesita el referido de un Médico del Plan para obtener los Beneficios cubiertos de un Dentista Contratado. Cuando visita a su Dentista Contratado asignado debe pagar su Costo Compartido, y pagará solo el Costo Compartido aplicable por los Beneficios hasta alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo. Consulte la sección “Resumen del Costo Compartido” de su *EOC* para obtener información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo de su Plan.

Definiciones

Además de los términos que se describen en la sección “Definiciones” de la *EOC* de su Plan de Salud, los siguientes términos, cuando se escriben con mayúscula y se utilizan en cualquier parte de esta Enmienda, tienen los siguientes significados:

Autorización se refiere al proceso mediante el cual Delta Dental determina si un procedimiento o un tratamiento es un Beneficio para el que se puede remitir según este Programa.

Beneficios se refiere a los Servicios dentales pediátricos cubiertos que se brindan, como se describe en esta Enmienda.

Dentista Contratado significa un Dentista de DeltaCare USA que proporciona servicios de odontología general y ha aceptado proporcionar Beneficios a los Afiliados a este Programa.

Ortodoncista Contratado significa un Dentista de DeltaCare USA que se especializa en ortodoncia y ha aceptado proporcionar Beneficios a Afiliados a este Programa, que incluyen ortodoncia Necesaria desde el Punto de Vista Médico. Los Afiliados deben obtener un referido de su Dentista Contratado para obtener servicios de un Ortodoncista Contratado.

Especialista Contratado significa un Dentista de DeltaCare USA que proporciona Servicios de Especialista y ha aceptado proporcionar Beneficios a los Afiliados a este Programa. Los Afiliados deben obtener un referido de su Dentista Contratado para obtener servicios de un Especialista Contratado.

Área de Servicio de Delta Dental significa todas las áreas geográficas en el estado de California en las que Delta Dental tiene permiso como plan de servicios de atención especializada para la salud.

Dentista significa un dentista autorizado y matriculado para ejercer su profesión en el estado o la jurisdicción en la que se brindan los servicios.

Departamento de Atención Médica Administrada es un departamento de la Agencia de Servicios Humanos y de Salud de California a cargo de regular los planes de atención médica especializada. También se conoce como “Departamento” o “DMHC”.

Afiliado Pediátrico Elegible significa una persona elegible para recibir los Beneficios dentales de esta Enmienda. Los Afiliados Pediátricos Elegibles son niños, desde el nacimiento hasta el fin del mes en el que cumplen 19 años, que cumplen los requisitos de elegibilidad en su *EOC* del Plan de Salud.

Afección Dental de Emergencia son los síntomas o el dolor dental de una intensidad tal que una persona razonable creería que, si no recibe la atención médica inmediata de un Dentista, podría resultar en alguna de las siguientes situaciones:

- poner la salud del paciente en riesgo grave
- disfunción grave de las funciones del organismo
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
- muerte

Servicio Dental de Emergencia se refiere a una prueba de detección, examen y evaluación dental por parte de un Dentista o, en la medida que lo permite la ley correspondiente, por otras personas autorizadas adecuadas bajo la supervisión de un Dentista, para determinar si existe una Condición Dental de Emergencia y, si este fuera el caso, la atención, el tratamiento y la cirugía, si está dentro del alcance de la autorización de esa persona, necesarias para aliviar o eliminar la Condición Dental de Emergencia dentro de las posibilidades del centro de atención.

Opcional significa cualquier procedimiento alternativo, presentado por el Dentista Contratado, que cumpla la misma necesidad dental que la del procedimiento cubierto, elegido por el Afiliado y que está sujeto a las limitaciones y las exclusiones descritas en las Tarifas adjuntas a esta Enmienda.

Fuera de la Red se refiere a un tratamiento que brinda un Dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para brindar Beneficios a los Afiliados según los términos de esta Enmienda.

Afiliado Pediátrico es un Afiliado Pediátrico Elegible que se ha inscrito para recibir los Beneficios; también se le puede nombrar “Afiliado”.

Código de Procedimiento significa el número de la Current Dental Terminology® (“CDT”) asignado a un único procedimiento por la American Dental Association.

Programa se refiere al grupo de Beneficios dentales pediátricos provistos según esta Enmienda para su *EOC*.

Procedimiento Único significa un procedimiento dental al que se le asigna un Código de Procedimiento diferente.

Necesidad Especial de Atención Médica es una discapacidad física o mental, una limitación o una condición que interfiere de forma sustancial con la capacidad del Afiliado de obtener los Beneficios. Entre los ejemplos de las Necesidades Especiales de Atención Médica se encuentran los siguientes: 1) la incapacidad del Afiliado de acceder al Centro de Atención del Dentista Contratado debido a una discapacidad física y 2) la incapacidad del Afiliado de seguir las instrucciones de su Dentista Contratado durante el examen o el tratamiento debido a una discapacidad física o una incapacidad mental.

Servicios de Especialista son los servicios brindados por un Dentista especializado en cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, ortodoncia (si es Necesaria desde el Punto de Vista Médico) o dentista pediátrico. Los Servicios de Especialista deben estar autorizados por Delta Dental.

Teleodonotología se refiere a la prestación de servicios odontológicos por medio de telesalud o de telecomunicaciones, lo que puede incluir el uso de consultas en tiempo real, video en directo (sincronizado) o información almacenada y reenviada para su posterior revisión (no sincronizada).

Tratamiento en Curso es cualquier Procedimiento Único que se inició cuando el Afiliado Pediátrico era elegible para recibir los Beneficios y para los que se necesitan varias citas para completar el procedimiento, independientemente de si el Afiliado sigue siendo elegible para los Beneficios según este Programa. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, endodoncias en las que se ha establecido una duración del trabajo, dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión y ortodoncia en la que se han colocado bandas y han empezado a desplazarse los dientes.

Servicios Dentales de Urgencia son Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar una condición que requiere atención dental inmediata, pero que no se considera una Condición Médica de Emergencia.

Cómo Obtener Servicios Dentales Pediátricos

Cuando se inscribe, se le asignará al Afiliado un Centro de Atención de un Dentista Contratado. El Afiliado puede cambiar el centro de atención de su Dentista Contratado asignado si se comunica con el Centro de Atención al Cliente llamando al **800-589-4618**. Puede consultar la lista de los Dentistas Contratados disponibles para todos los Afiliados en es.deltadentalins.com. Los Afiliados de una misma familia pueden elegir en conjunto no más de tres centros de atención de Dentistas Contratados. Deberá solicitar el cambio antes del día 15 del mes, para que tenga vigencia el primer día del mes siguiente.

Delta Dental le enviará un aviso por escrito del cambio a otro centro de atención de un Dentista Contratado cerca del domicilio del Afiliado en los siguientes casos:

1) un centro de atención solicitado ya no acepta nuevos afiliados, 2) un Dentista Contratado elegido deja de pertenecer a la Red Individual de DeltaCare USA o 3) un centro de atención asignado solicita, por una causa razonable, que el Afiliado sea reasignado a otro centro de atención de un Dentista Contratado.

Se deberán completar todos los Tratamientos en Curso antes de que pueda cambiar de Centro de Atención de Dentista Contratado. CADA AFILIADO DEBE ASISTIR A SU DENTISTA CONTRATADO ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS.

Todos los servicios cubiertos se deben brindar en el Centro de Atención del Dentista Contratado asignado del Afiliado. Los Servicios de un especialista recibidos de parte de un Ortodoncista Contratado o un Especialista Contratado deben obtenerse por medio de una referencia del Dentista de Contacto del Afiliado. Con la excepción de los Servicios Dentales de Emergencia, los Servicios Dentales Urgentes y los Servicios de Especialista autorizados, este Programa no cubre los servicios recibidos por Dentistas Que No Pertenecen a la Red. Delta Dental pagará todos los reclamos de los Servicios de Especialista autorizados, excepto cualquier Costo Compartido que corresponda. No se cubre ningún otro tratamiento en virtud de este Programa.

Un Dentista Contratado puede brindar servicios en forma personal o por medio de Dentistas asociados u otros técnicos o higienistas que tengan autorización para brindar el servicio. Si se asigna a un Afiliado a una clínica dental escuela para Servicios de Especialista, estos servicios serán brindados por un Dentista, un estudiante de odontología, un profesional clínico de salud o un instructor dental.

Si su Dentista Contratado asignado deja de participar en la Red Individual de DeltaCare USA, seguirá recibiendo atención del mismo Dentista Contratado hasta que complete todo el Tratamiento en Curso. Si, por cualquier motivo, el Dentista Contratado no puede completar el tratamiento, Delta Dental tomará las medidas razonables y adecuadas para que otro Dentista Contratado complete dicho tratamiento.

Delta Dental le notificará por escrito con la anticipación razonable si se verá afectado negativa o sustancialmente por la cancelación, interrupción en el contrato o incapacidad de un Dentista Contratado de brindar los servicios.

Beneficios, Limitaciones y Exclusiones

Este Programa brinda los Beneficios descritos en el *Anexo A*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el *Anexo B*. Con la excepción de los Servicios Dentales de Emergencia, los Servicios Dentales de Urgencia y los Servicios de Especialistas autorizados, los Beneficios solo están disponibles en el estado de California. Los servicios se realizarán como lo considere adecuado su Dentista Contratado asignado.

Continuidad de la Atención de Salud

Si actualmente es un Afiliado, puede tener el derecho de obtener atención a fin de completar un servicio para condiciones dentales específicas con un Dentista Contratado que ha sido cancelado. Si es un nuevo Afiliado, puede tener el derecho de completar su atención con su Dentista Fuera de la Red para ciertas condiciones dentales. Debe hacer una solicitud específica para obtener este Beneficio para completar su atención. Para realizar su solicitud, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 800-589-4618. También puede comunicarse con nosotros para solicitar una copia de la *Política de Continuidad de la Atención* de Delta Dental. Delta Dental no tiene la obligación de continuar la atención con el Dentista si usted no reúne los requisitos según este Programa o si Delta Dental no puede llegar a un acuerdo con el Dentista Fuera de la Red o el Dentista Contratado que ha finalizado su contrato sobre los términos relacionados con la atención del Afiliado de acuerdo con la ley de California.

Servicios Dentales de Emergencia

Los Servicios Dentales de Emergencia se utilizan para ofrecer alivio paliativo, controlar el dolor dental o estabilizar la condición del Afiliado. El centro de atención del Dentista Contratado asignado al Afiliado brinda un sistema de servicio dental de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana. Si el Afiliado presenta una Condición Dental de Emergencia, podrá llamar al 911 (en donde esté disponible) u obtener Servicios Dentales de Emergencia de cualquier Dentista sin un referido.

Después de que se brinden los Servicios Dentales de Emergencia, generalmente se necesita recibir otro tratamiento que no es de emergencia. El tratamiento que no es de emergencia se deberá obtener en el centro de atención del Dentista Contratado asignado al Afiliado.

El Afiliado es responsable de cualquier Costo Compartido de los Servicios Dentales de Emergencia recibidos. El Afiliado deberá pagar los procedimientos no cubiertos y no los pagará este Programa.

Servicios Dentales de Urgencia

Dentro del Área de Servicio de Delta Dental

Un servicio dental de urgencia requiere atención dental inmediata, pero no es una condición dental de emergencia. Si el afiliado considera que necesita servicios dentales de urgencia, deberá llamar a su dentista contratado dentro o fuera del horario de atención.

Fuera del Área de Servicio de Delta Dental

Si un Afiliado necesita Servicios Dentales de Urgencia debido a una condición o lesión dental imprevista, este Programa cubre los Servicios dentales Necesarios desde el Punto de Vista Médico cuando se requiera atención inmediata de un Dentista Fuera de la Red, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El Afiliado recibe Servicios Dentales Urgentes de Dentistas que No Pertenecen a la Red cuando está temporalmente fuera del Área de Servicio de Delta Dental.
- Una persona sensata consideraría que su salud podría haberse deteriorado gravemente si se retrasaba el tratamiento hasta regresar al Área de Servicio de Delta Dental.

Los Afiliados no necesitan una Autorización previa de Delta Dental para recibir Servicios Dentales de Urgencia fuera del Área de Servicio de Delta Dental. Los Servicios Dentales de Urgencia que recibe un Afiliado por parte de Dentistas Fuera de la Red, fuera del Área de Servicio de Delta Dental, están cubiertos en este Programa si los Beneficios se hubieran cubierto si el Afiliado los hubiera recibido de un Dentista Contratado.

No cubrimos la atención de seguimiento de Dentistas Fuera de la Red cuando el Afiliado ya no necesita los Servicios Dentales de Urgencia. Para obtener atención de seguimiento de un Dentista Contratado, el Afiliado puede llamar a su Dentista Contratado asignado.

El Afiliado es responsable de cualquier Costo Compartido de los Servicios Dentales de Urgencia recibidos.

Acceso Oportuno a la Atención

Los Dentistas Contratados, Ortodoncistas Contratados y Especialistas Contratados han acordado tiempos de espera para que los Afiliados hagan citas para recibir atención; estos tiempos de espera nunca podrán exceder lo siguiente:

- para atención de emergencia, las 24 horas al día, los 7 días de la semana
- para atención de urgencia, 72 horas para citas, de acuerdo con las necesidades individuales del Afiliado
- para atención que no es de urgencia, 36 días hábiles
- para cualquier servicio preventivo, 40 días hábiles

Fuera del horario de atención, el afiliado tendrá acceso a la contestadora, el servicio de respuestas, teléfono celular o localizador de su dentista contratado para recibir instrucciones sobre qué hacer y a quién contactar para obtener servicios dentales de urgencia o si el afiliado llama debido a una condición dental de emergencia, incluso mientras esté fuera del área de servicio de Delta Dental.

Si el Afiliado llama al Centro de Atención al Cliente de Delta Dental, un representante contestará el teléfono dentro de un lapso de 10 minutos, durante el horario normal de atención.

Servicios de Asistencia Lingüística

Delta Dental ofrece servicios de interpretación a afiliados con conocimientos limitados de inglés sin costo alguno, en todos los puntos de contacto, en cualquier idioma moderno, incluso cuando el afiliado esté acompañado de un familiar o amigo que pueda proporcionar servicios de interpretación.

Si necesita servicios de interpretación de idiomas, materiales traducidos en su idioma preferido o en un formato alternativo, llame a Atención al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618 (TTY: 711)**. También puede visitar el directorio de proveedores en nuestro sitio web, que incluye los idiomas declarados por los dentistas de DeltaCare USA.

Servicios de Especialistas

Los Servicios de Especialista para cirugía bucal, endodoncia, ortodoncia, periodoncia o dentista pediátrico deben ser: 1) remitidos por su Dentista Contratado asignado y 2) autorizados por Delta Dental. Usted paga el Costo Compartido especificado. (Consulte el *Anexo A, Descripción de los Beneficios y los Costos Compartidos para Afiliados Pediátricos* y el *Anexo B, Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios*).

Si se necesitan servicios de un Ortodoncista Contratado, consulte la sección Ortodoncia en el Anexo A, Descripción de los Beneficios y los Costos Compartidos para Afiliados Pediátricos y el Anexo B, Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios para determinar qué procedimientos están cubiertos en virtud de este Programa.

Si requiere Servicios de un Especialista y no hay un Especialista Contratado o un Ortodoncista Contratado que brinde esos servicios en un radio de 35 millas de su domicilio, su Dentista Contratado asignado deberá recibir una Autorización de Delta Dental para remitirlo a un especialista u ortodoncista Fuera de la Red para que proporcione los Servicios de un Especialista. No se cubrirán los Servicios de un Especialista brindados por un especialista u ortodoncista Fuera de la Red que no están autorizados por Delta Dental.

Reclamos para Reembolsos

Los reclamos por servicios dentales de emergencia cubiertos, servicios dentales de urgencia o los de un especialista autorizado deberán enviarse a Delta Dental en un plazo de 90 días a partir de que haya finalizado el tratamiento. Los reclamos válidos, recibidos después del periodo de 90 días se revisarán si puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar el reclamo dentro de ese plazo. Todos los reclamos deben recibirse en un plazo de un (1) año a partir de la fecha del tratamiento. La dirección para presentar reclamos es: Delta Dental, Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Costo Compartido y Otros Cargos

Deberá pagar cualquier Costo Compartido que se incluya en el *Anexo A*. Su Costo Compartido se paga directamente al Dentista que brinda el tratamiento. Los Cargos por consultas después del horario habitual se incluyen en el *Anexo A*.

En caso de que Delta Dental no pague al Dentista Contratado, usted no será responsable de pagar al Dentista ninguno de estos cargos adeudados por Delta Dental. De acuerdo con la ley, el acuerdo con el dentista de DeltaCare USA incluye una estipulación que prohíbe que un Dentista Contratado le cobre a un Afiliado cualquier monto adeudado por Delta Dental. A excepción de lo estipulado en la sección “Servicios Dentales de Emergencia”, si no ha recibido Autorización para el tratamiento por un Dentista Fuera de la Red, y no le pagamos al Dentista Fuera de la Red, usted podría ser responsable del pago de esos servicios a ese Dentista. Para obtener más información, consulte las secciones “Servicios Dentales de Emergencia” y “Servicios de Especialista”.

Segunda Opinión

Puede solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo con el diagnóstico o el plan de tratamiento que realizó su Dentista Contratado. También se le podría solicitar que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y adecuación de un tratamiento dental o de la aplicación de Beneficios.

Las segundas opiniones serán brindadas por un Dentista autorizado en el tiempo y la forma adecuados a la naturaleza de la condición del Afiliado. Se dará prioridad a las solicitudes que suponen una amenaza seria e inminente a la salud del Afiliado, incluida, entre otras, la posible pérdida de la vida, de una extremidad o de alguna función importante del organismo, o la falta de rapidez que sería perjudicial para que el Afiliado pueda recuperar su función al máximo (la Autorización se aprobará o denegará dentro de un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para recibir asistencia u obtener información adicional con respecto a los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segundas opiniones, comuníquese con Atención al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618** o escriba a Delta Dental a P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Se proporcionarán las segundas opiniones en un Centro de Atención de otro Dentista Contratado, a menos que Delta Dental autorice otra cosa. Se autorizará una segunda opinión por parte de un Dentista Fuera de la Red si no se dispone de un Dentista Contratado debidamente calificado. Solo se pagarán las segundas opiniones que hayan sido aprobadas o autorizadas por Delta Dental. Se le enviará un aviso por escrito si no se autoriza su solicitud de una segunda opinión. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una queja formal ante Delta Dental. Para obtener más información, consulte la sección “Proceso de Quejas del Afiliado”.

Necesidades Especiales de Atención Médica

Si un Afiliado considera que tiene una Necesidad Especial de Atención Médica, el Afiliado deberá comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618**. Delta Dental confirmará si existe una Necesidad Especial de Atención Médica y qué se puede hacer para ayudar al Afiliado para que pueda obtener esos Beneficios.

Delta Dental no será responsable si un Dentista Contratado no cumple la ley o una reglamentación sobre los requisitos estructurales del consultorio que se aplican a los Dentistas que atienden a personas con Necesidades Especiales de Atención Médica.

Accesibilidad del Centro de Atención

Muchos centros de atención ofrecen información a Delta Dental sobre las características especiales de sus consultorios, incluida la información sobre accesibilidad para pacientes con dificultades de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad del centro de atención, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al 800-589-4618.

Compensación del Dentista

El Dentista Contratado recibe pagos mensuales de Delta Dental (un monto según el número de Afiliados asignados al Dentista Contratado) y pagos de los Afiliados mediante el Costo Compartido por el tratamiento recibido. Un Especialista Contratado recibe los pagos de Delta Dental mediante un monto acordado para cada procedimiento cubierto menos el Costo Compartido aplicable que paga el Afiliado. En ningún caso Delta Dental pagará a un Dentista Contratado o a un Especialista Contratado un incentivo como estímulo para denegar, reducir, limitar o demorar cualquier tratamiento adecuado.

Para obtener más información sobre los pagos al Dentista, llame a Delta Dental al **800-589-4618**.

Políticas de Procesamiento

Las pautas de la atención dental para el Programa les explican a los Dentistas Contratados qué servicios están cubiertos en esta Enmienda. Los Dentistas Contratados, Ortodoncistas Contratados y los Especialistas Contratados usarán su criterio profesional para determinar qué servicios son los apropiados para el Afiliado. Los servicios dentales brindados por el Dentista Contratado, Ortodoncista Contratado y el Especialista Contratado que estén dentro del alcance de los Beneficios del Programa se brindarán sujetos a cualquier Costo Compartido. Si un Dentista Contratado considera que un Afiliado debería obtener tratamiento de un especialista, el Dentista Contratado se comunicará con Delta Dental para obtener una determinación sobre si el tratamiento propuesto es un Beneficio cubierto. Delta dental también determinará si el tratamiento propuesto requiere tratamiento por parte de un Especialista Contratado. Para obtener información sobre las pautas de la atención dental de este Programa, el Afiliado deberá comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618**.

Servicios de Teleodontología

Los servicios de Teleodontología son cuando un Dentista brinda servicios dentales a través de telesalud o telecomunicaciones para diagnosticar problemas dentales, ofrecer consejos de atención dental o determinar el tratamiento dental adecuado. Puede ser una opción conveniente a una cita dental en persona.

Hay dos tipos de servicios de Teleodontología:

- **Servicio simultáneo** es una interacción en tiempo real, como una videollamada con su Dentista Contratado.
- **Servicio asíncrono** es cuando se envía un video o una foto de su problema dental a su Dentista Contratado y se envía una respuesta más tarde.

Delta Dental cubre los servicios de Teleodontología al monto del Costo Compartido de la evaluación bucal de diagnóstico que se muestra en el *Anexo A*, sujeto a las limitaciones y exclusiones del *Anexo B*. Una cita de Teleodontología está cubierta de la misma manera y en la misma medida que el Beneficio esté cubierto mediante diagnóstico, consulta o tratamiento en persona y se incluye en la atención general administrada al paciente y no es un servicio que se paga por separado.

Tenga en cuenta que no todos los Dentistas Contratados ofrecen servicios de Teleodontología y que no todas las afecciones dentales pueden tratarse mediante consultas de Teleodontología. Delta Dental recomienda que el Afiliado se comunique con su Dentista Contratado y con Atención al Cliente de Delta Dental para obtener información adicional.

Si el Afiliado experimenta una emergencia potencialmente mortal, debe llamar inmediatamente al **911**.

Coordinación de Beneficios

Coordinación de beneficios se refiere al método mediante el cual pagamos los Beneficios dentales cuando está cubierto por otro plan de atención dental. Según esta Enmienda, los Beneficios dentales tendrán más importancia que cualquier otra cobertura dental contratada por el Afiliado. Esto significa que el proveedor dental enviará primero a Delta Dental cualquier reclamo dental para el pago, de acuerdo con los Beneficios dentales cubiertos por esta Enmienda.

Proceso de Quejas del Afiliado

Quejas sobre los servicios dentales:

Delta Dental o el administrador notificará si se deniega en su totalidad o en parte cualquier servicio dental o reclamo, e indicará los motivos específicos de dicha denegación. Si tiene una queja sobre la denegación de los servicios dentales o los reclamos, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental o del administrador, o de la calidad de los servicios dentales brindados por un dentista contratado, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618 (TTY: 711)** completar y presentar un [formulario de quejas del afiliado ante DeltaCare USA](#) en línea o enviar la queja a:

Delta Dental of California
Quality Management Department
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899

La comunicación por escrito debe incluir 1) el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del Afiliado Pediátrico y 2) el nombre del Dentista y la ubicación del centro de atención.

Una “Queja Formal” es una expresión escrita u oral de insatisfacción con respecto a Delta Dental o su proveedor dental, incluidas las inquietudes sobre la calidad de la atención, y deberá incluir una queja informal, una disputa, una solicitud de reconsideración o una apelación hecha por el Afiliado Pediátrico o su representante. Si Delta Dental no puede distinguir si se trata de una queja formal o una consulta, se considerará una queja formal.

“Queja” significa lo mismo que “queja formal”.

“Reclamante” significa lo mismo que “reclamante de queja formal” y es la persona que presentó la queja formal, incluido el Afiliado, un representante designado por el Afiliado u otra persona con capacidad para actuar en nombre del Afiliado.

Dentro de los cinco días calendario a partir de la recepción de cualquier queja, el coordinador de gestión de calidad le enviará una confirmación por escrito de la queja, que incluirá la fecha de recepción e información de contacto. Algunas quejas podrían requerir que sea referido a un Dentista para que realice una evaluación clínica de los servicios dentales provistos. Le reenviaremos una determinación, por escrito, dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la queja. Si la queja involucra una Condición Dental de Emergencia, Delta Dental le enviará al Afiliado un aviso por escrito sobre la disposición o el estado de la queja formal pendiente en un plazo de tres días.

El Departamento es el organismo responsable de regular los planes de atención médica. Si tiene una queja formal sobre Delta Dental, primero debe llamarnos al **1-800-589-4618** y utilizar el proceso de quejas formales de Delta Dental, que se indica más arriba, antes de ponerse en contacto con el Departamento. La utilización de este procedimiento de quejas no anula ningún derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Llame al Departamento si necesita asistencia con una queja formal relacionada con una Condición Dental de Emergencia, una queja formal que Delta Dental no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya quedado sin resolver durante más de 30 días.

Quejas que involucran una determinación adversa de beneficios:

Si la queja involucra una determinación adversa de beneficios (como la denegación, modificación o cancelación de un beneficio solicitado o reclamo), el Afiliado debe presentar una solicitud de revisión (una queja) ante Delta Dental en un plazo de 180 días a partir de la recepción de la determinación adversa. Nuestra revisión tendrá en cuenta toda la información, independientemente de si esta información se presentó o se tuvo en cuenta inicialmente. La revisión la llevará a cabo una persona que no sea la que tomó la determinación original del beneficio ni un subordinado a su cargo. Le enviaremos al Afiliado, sin cargo y a solicitud, copias de cualquier documento relevante para la determinación del beneficio, copia de cualquier norma interna, pauta, protocolo o explicación del razonamiento científico o clínico que se haya utilizado para tomar la determinación del beneficio.

Si la revisión de una denegación se basa en parte o en su totalidad en la falta de necesidad desde el punto de vista médico, en un tratamiento experimental o en una decisión clínica según los términos de esta Enmienda, Delta Dental consultará a un Dentista con la capacitación y la experiencia adecuadas. Si algún Dentista de consulta participa en la revisión, podrá conocer su identidad si así lo desea.

Dentro de los cinco días calendario a partir de la recepción de cualquier queja, el coordinador de gestión de calidad le enviará una confirmación por escrito de la queja, que incluirá la fecha de recepción e información de contacto. Algunas quejas podrían requerir que sea referido a un Dentista para que realice una evaluación clínica de los servicios dentales provistos. Delta Dental le reenviará una determinación, por escrito, en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su queja.

Quejas sobre todos los demás temas:

Si tiene algún otro tipo de queja o queja formal, puede presentar una queja formal ante el Plan de Salud. Su queja debe incluir toda la información necesaria, como los motivos por los que cree que se tomó una decisión equivocada o por qué no está conforme con los servicios que recibió. Puede presentar su queja formal verbalmente o por escrito ante el Plan de Salud, como se describe en la sección “Resolución de Disputas” de la *EOC*. Si su queja se relaciona con la cancelación de cobertura, puede comunicarse de inmediato con el Departamento.

Revisión Médica Independiente (“IMR”):

Es posible que reúna los requisitos para una IMR. De ser así, según el proceso de la IMR, se hará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por Delta Dental con respecto a la necesidad, desde el punto de vista médico, de un servicio o un tratamiento propuesto, de las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos experimentales o en fase de investigación y de las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de urgencia o de emergencia. El Departamento también cuenta con una línea telefónica gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencias auditivas y del habla. En el sitio web en línea del Departamento, (www.dmhc.ca.gov), podrá encontrar formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea.

ANEXO A. Descripción de los Beneficios y Costo Compartido para Afiliados Pediátricos

El Dentista Contratado tratante aplicará los Beneficios que se mencionan a continuación según lo considere apropiado. Estos beneficios están sujetos a las limitaciones y las exclusiones mencionadas en el Programa. Si necesita más información sobre los Beneficios, consulte el *Anexo B. Los Afiliados deben analizar todas las opciones de tratamiento con su Dentista Contratado antes de que se presten los servicios.*

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene específicamente la finalidad de aclarar la adjudicación de Beneficios en el programa DeltaCare USA, y no se debe interpretar como los Current Dental Terminology (“CDT”), Códigos de Procedimiento CDT-2024, descriptores y nomenclaturas de terminología con derechos de autor de la American Dental Association (“ADA”). La ADA puede cambiar de forma periódica sus códigos o definiciones de CDT. Estas actualizaciones de códigos, descriptores y nomenclaturas pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo con las leyes federales.

D0100–D0999 I. DIAGNOSTICO

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones para Afiliados Pediátricos
D0999	Procedimiento diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo	<i>Incluye visitas al consultorio, por consulta (además de otros servicios). Asimismo, se podrá utilizar para un procedimiento no descrito adecuadamente por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>
D0120	Evaluación bucal periódica, paciente existente	Sin cargo	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0140	Evaluación bucal limitada, enfocada en el problema	Sin cargo	<i>1 por Afiliado por Dentista Contratado</i>
D0145	Evaluación bucal de un paciente de menos de tres años de edad y asesoramiento al cuidador principal	Sin cargo	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado, incluido en D0120, D0150</i>
D0150	Evaluación bucal completa, paciente nuevo o existente	Sin cargo	<i>Evaluación inicial, 1 por Dentista Contratado</i>
D0160	Evaluación bucal detallada y exhaustiva, enfocada en el problema, por informe	Sin cargo	<i>1 por Afiliado por Dentista Contratado</i>
D0170	Repetición de la evaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente existente; no es consulta posoperatoria)	Sin cargo	<i>6 cada 3 meses, no deben exceder 12 en 12 meses</i>
D0171	Repetición de la evaluación, consulta posoperatoria	Sin cargo	
D0180	Evaluación periodontal integral, paciente existente o nuevo	Sin cargo	<i>Incluida en D0150</i>
D0190	Pruebas de detección a un paciente	Sin cobertura	
D0191	Evaluación de un paciente	Sin cobertura	
D0210	Serie completa de radiografías intrabucales	Sin cargo	<i>1 cada 36 meses por Dentista Contratado</i>
D0220	Radiografía intrabucal, primera imagen radiográfica periapical	Sin cargo	<i>20 imágenes diagnósticas (D0220, D0230) en un período de 12 meses por Dentista Contratado</i>
D0230	Radiografías intrabucales, cada imagen radiográfica periapical adicional	Sin cargo	<i>20 imágenes diagnósticas (D0220, D0230) en un período de 12 meses por Dentista Contratado</i>
D0240	Radiografía intrabucal, imagen radiográfica oclusiva	Sin cargo	<i>2 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones para Afiliados Pediátricos
D0250	Radiografía extrabucal, proyección de imagen radiográfica bidimensional creada mediante una fuente de radiación y un detector	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extrabucal	Sin cargo	4 por fecha de servicio
D0270	Radiografía de mordida, imagen radiográfica única	Sin cargo	1 de (D0270, D0273) por fecha de servicio
D0272	Radiografías de mordida, dos imágenes radiográficas	Sin cargo	1 de (D0272, D0273) cada 6 meses por Dentista Contratado
D0273	Radiografías de mordida, tres imágenes radiográficas	Sin cargo	1 de (D0270, D0273) por día de servicio; 1 de (D0272, D0273) cada 6 meses por Dentista Contratado
D0274	Radiografías de mordida, cuatro imágenes radiográficas	Sin cargo	1 de (D0274, D0277) cada 6 meses por Dentista Contratado
D0277	Radiografías de mordida verticales, 7 a 8 imágenes radiográficas	Sin cargo	1 de (D0274, D0277) cada 6 meses por Dentista Contratado
D0310	Sialografía	Sin cargo	
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular, incluye la inyección	Sin cargo	Limitado a traumatismos o patologías; 3 por fecha de servicio
D0322	Evaluación tomográfica	Sin cargo	2 cada 12 meses por Dentista Contratado
D0330	Imagen radiográfica panorámica	Sin cargo	1 cada 36 meses por Dentista Contratado
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica bidimensional, adquisición, medición y análisis	Sin cargo	2 cada 12 meses por Dentista Contratado
D0350	Imagen fotográfica bidimensional bucal/facial obtenida extra o intrabucalmente	Sin cargo	Para el diagnóstico y el tratamiento de condiciones clínicas específicas que no puedan detectarse en las radiografías, 4 por fecha de servicio
D0396	Impresión 3D de un escaneo 3D de superficie dental	Sin cargo	
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin cargo	
D0470	Moldes para diagnóstico	Sin cargo	Solo para la evaluación de los Beneficios de ortodoncia; 1 por Dentista Contratado a menos que se documenten circunstancias especiales (como traumatismo o una patología que haya afectado el curso del tratamiento de ortodoncia)
D0502	Otros procedimientos patológicos bucales, por informe	Sin cargo	Realizados por un patólogo bucal
D0601	Valoración y documentación del riesgo de caries, con hallazgos de bajo riesgo	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0602	Valoración y documentación del riesgo de caries, con hallazgos de riesgo moderado	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0603	Valoración y documentación del riesgo de caries, con hallazgos de riesgo elevado	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica bidimensional, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0703	Imagen fotográfica bidimensional bucal/facial obtenida extra o intrabucalmente, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extrabucal, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0706	Radiografía intrabucal, imagen radiográfica oclusiva, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0707	Radiografía intrabucal, Imagen radiográfica periapical, solo la captura de imágenes	Sin cargo	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones para Afiliados Pediátricos
D0708	Radiografía intrabucal, imagen radiográfica de mordida, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0709	Radiografías intrabucales, serie completa de imágenes radiográficas, solo la captura de imágenes	Sin cargo	
D0801	Escaneo tridimensional de la superficie dental, directo	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0802	Escaneo tridimensional de la superficie dental, indirecto	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0803	Escaneo tridimensional de la superficie facial, directo	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0804	Escaneo tridimensional de la superficie facial, indirecto	Sin cargo	1 por fecha de servicio

D1000-D1999 II. PREVENTIVO

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D1110	Profilaxis, adultos	Sin cargo	Limpieza, 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D1120	Profilaxis, niños	Sin cargo	Limpieza, 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D1206	Aplicación tópica de barniz con fluoruro	Sin cargo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de fluoruro sin barniz	Sin cargo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin cargo	
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	Sin cargo	
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de los efectos adversos en la salud sistémica, conductual y bucal asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	Sin cargo	
D1330	Instrucciones para la higiene bucal	Sin cargo	
D1351	Sellador, por diente	Sin cargo	1 por diente cada 36 meses por Dentista Contratado, limitado a los primeros y segundos molares permanentes sin restauraciones ni caries y a los terceros molares permanentes que ocupan la posición de segundo molar
D1352	Restauración con resina preventiva en pacientes con riesgo de caries moderado a alto en diente permanente	Sin cargo	1 por diente cada 36 meses por Dentista Contratado, limitado a los primeros y segundos molares permanentes sin restauraciones ni caries y a los terceros molares permanentes que ocupan la posición de segundo molar
D1353	Reparación del sellador, por diente	Sin cargo	El Dentista Contratado o el consultorio dental original es responsable de realizar cualquier reparación o reemplazo durante el periodo de 36 meses
D1354	Aplicación de medicamentos para detener las caries, por diente	Sin cargo	1 por diente cada 6 meses si el Afiliado tiene una valoración y documentación del riesgo de caries, con hallazgos de "riesgo elevado"
D1355	Administración del medicamento preventivo de caries, por diente	Sin cargo	1 por diente cada 6 meses si el Afiliado tiene una valoración y documentación del riesgo de caries, con hallazgos de "riesgo elevado"

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por cuadrante, dientes posteriores</i>
D1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar	Sin cargo	<i>1 por arco, dientes posteriores</i>
D1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	Sin cargo	<i>1 por arco, dientes posteriores</i>
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por cuadrante, dientes posteriores</i>
D1526	Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar	Sin cargo	<i>1 por arco hasta los 17 años, dientes posteriores</i>
D1527	Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, mandibular	Sin cargo	<i>1 por arco hasta los 17 años, dientes posteriores</i>
D1551	Recementación o readhesión bilateral del mantenedor de espacio, maxilar	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco, hasta los 17 años</i>
D1552	Recementación o readhesión bilateral del mantenedor de espacio, mandibular	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco, hasta los 17 años</i>
D1553	Recementación o readhesión unilateral del mantenedor de espacio, por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco, hasta los 17 años</i>
D1556	Remoción del mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante	Sin cargo	<i>Incluido en caso de un Dentista Contratado o consultorio dental que colocó el dispositivo</i>
D1557	Remoción del mantenedor de espacio fijo bilateral, maxilar	Sin cargo	<i>Incluido en caso de un Dentista Contratado o consultorio dental que colocó el dispositivo</i>
D1558	Remoción del mantenedor de espacio fijo bilateral, mandibular	Sin cargo	<i>Incluido en caso de un Dentista Contratado o consultorio dental que colocó el dispositivo</i>
D1575	Mantenedor de espacio tipo zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por cuadrante, hasta los 8 años de edad, dientes posteriores</i>

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, el recubrimiento pulpar indirecto, las bases, los recubrimientos y los procedimientos de grabado con ácido.
- Para el reemplazo de coronas, incrustaciones y recubrimientos se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años (más de 60 meses).

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D2140	Amalgama, una superficie, diente de leche o permanente	\$25	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes de leche o permanentes	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes de leche o permanentes	\$40	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes de leche o permanentes	\$45	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2330	Empaste a base de resina, una superficie, diente anterior	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para los dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para los dientes permanentes</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D2331	Empaste a base de resina, dos superficies, dientes anteriores	\$45	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2332	Empaste a base de resina, tres superficies, dientes anteriores	\$55	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2335	Empaste a base de resina, cuatro o más superficies (dientes anteriores)	\$60	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2390	Empaste a base de resina en corona, dientes anteriores	\$50	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2391	Empaste a base de resina: una superficie, dientes posteriores	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2392	Empaste a base de resina, dos superficies, dientes posteriores	\$40	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2393	Empaste a base de resina, tres superficies, dientes posteriores	\$50	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2394	Empaste a base de resina, cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$70	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes de leche; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2710	Corona: empaste a base de resina (indirecta)	\$140	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2712	Corona: ¾ empaste a base de resina (indirecta)	\$190	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2721	Corona: resina metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2740	Corona: porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2781	Corona: 3/4 de molde con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2783	Corona: 3/4 porcelana/cerámica	\$310	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2791	Corona: molde completo con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses para dientes permanentes; entre los 13 y los 18 años</i>
D2910	Recementar o readherir incrustación, recubrimiento, carilla o restauración de cobertura parcial	\$25	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D2915	Recementar o readherir poste y muñón fabricado en forma indirecta o prefabricado	\$25	
D2920	Recementar o readherir corona	\$25	<i>Se incluye la recementación durante los 12 meses posteriores a la colocación inicial; no se permiten cargos adicionales para el Afiliado ni para Delta Dental. La lista del Costo Compartido corresponde a los servicios brindados por un Dentista Contratado</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
			<i>que no sea el Dentista Contratado o consultorio dental que realizó el tratamiento original.</i>
D2921	Reinserción de fragmento de diente, borde incisal o cúspide	\$45	<i>1 cada 12 meses</i>
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	\$120	<i>1 cada 36 meses</i>
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente primario	\$95	<i>1 cada 12 meses</i>
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente de leche	\$65	<i>1 cada 12 meses</i>
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	\$75	<i>1 cada 36 meses</i>
D2932	Corona prefabricada de resina	\$75	<i>1 cada 12 meses para dientes de leche; 1 cada 36 meses para dientes permanentes</i>
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$80	<i>1 cada 12 meses para dientes de leche; 1 cada 36 meses para dientes permanentes</i>
D2940	Restauración protectora	\$25	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D2941	Restauración terapéutica temporal, dentición de leche	\$30	<i>1 por diente cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D2949	Base restauradora para restauración indirecta	\$45	
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario	\$20	
D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración	\$25	<i>1 por diente, independientemente del número de espigas colocadas, dientes permanentes</i>
D2952	Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente	\$100	<i>Poste con base de metal, 1 por diente; un Beneficio que solo se puede combinar con las coronas cubiertas en los dientes permanentes con endodoncia</i>
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$30	<i>Realizado en conjunto con D2952</i>
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$90	<i>1 por diente; un Beneficio que solo se puede combinar con las coronas cubiertas en los dientes permanentes con endodoncia</i>
D2955	Remoción del poste	\$60	<i>Incluido en caso de una tarifa por un Dentista Contratado o consultorio dental que realizó procedimientos de endodoncia y restauración. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>
D2957	Cada poste adicional prefabricado, mismo diente	\$35	<i>Realizado en conjunto con D2954</i>
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una nueva corona y colocarla debajo de un marco de dentadura postiza parcial existente	\$35	<i>Incluido en la tarifa para las coronas preparadas en laboratorio. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista o el consultorio dental original que realizó el tratamiento</i>
D2976	Estabilización con banda, por diente	\$40	<i>1 vez por diente de por vida</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	\$50	<i>Se incluye la reparación durante los 12 meses siguientes a la colocación inicial o reparación previa; no se permitirán cargos adicionales al Afiliado o al plan por el Dentista Contratado o consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>
D2989	Excavación de un diente cuyo resultado es la determinación de no restaurabilidad	\$50	
D2991	Aplicación de medicamento regenerador de hidroxiapatita, por diente	Sin cargo	<i>2 por diente cada 12 meses</i>
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	\$40	<i>Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D3110	Recubrimiento directo de la pulpa (sin restauración final)	\$20	
D3120	Recubrimiento indirecto de la pulpa (sin restauración final)	\$25	
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	\$40	<i>1 por diente de leche</i>
D3221	Desbridamiento de la pulpa, dientes de leche y permanentes	\$40	<i>1 por diente</i>
D3222	Pulpotomía parcial por apexogénesis: en diente permanente con desarrollo radicular incompleto	\$60	<i>1 por diente permanente</i>
D3230	Tratamiento de la pulpa (empaste reabsorbible), diente anterior y de leche (no incluye la restauración final)	\$55	<i>1 por diente</i>
D3240	Tratamiento de la pulpa (empaste reabsorbible), diente posterior y de leche (no incluye la restauración final)	\$55	<i>1 por diente</i>
D3310	Tratamiento endodóntico, diente anterior (no incluye restauración final)	\$195	<i>Endodoncia</i>
D3320	Tratamiento endodóntico, diente premolar (no incluye restauración final)	\$235	<i>Endodoncia</i>
D3330	Tratamiento endodóntico, diente molar (no incluye restauración final)	\$300	<i>Endodoncia</i>
D3331	Tratamiento de obstrucción de endodoncia, acceso no quirúrgico	\$50	
D3333	Reparación de defectos de perforación radicular	\$80	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D3346	Tratamiento posterior de endodoncia previa, dientes anteriores	\$240	<i>Se incluye el tratamiento posterior durante los 12 meses siguientes al tratamiento inicial sin cargo para el Afiliado ni para Delta Dental. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa, premolar	\$295	<i>Se incluye el tratamiento posterior durante los 12 meses siguientes al tratamiento inicial sin cargo para el Afiliado ni para Delta Dental. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>
D3348	Tratamiento posterior de endodoncia previa, molar	\$350	<i>Se incluye el tratamiento posterior durante los 12 meses siguientes al tratamiento inicial sin cargo para el Afiliado ni para Delta Dental. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>
D3351	Apexificación/recalcificación, consulta inicial (cierre apical/arreglo calcificado de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$85	<i>1 por diente permanente</i>
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo provisional de medicamento	\$45	<i>1 por diente permanente</i>
D3410	Apicectomía, dientes anteriores	\$240	<i>1 cada 24 meses por el mismo dentista contratado o consultorio dental, solo para dientes permanentes</i>
D3421	Apicectomía: bicúspide (primera raíz).	\$250	<i>1 cada 24 meses por el mismo dentista contratado o consultorio dental, solo para dientes permanentes</i>
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$275	<i>1 cada 24 meses por el mismo dentista contratado o consultorio dental, solo para dientes permanentes</i>
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$110	<i>1 cada 24 meses por el mismo Dentista Contratado o consultorio dental, solo para dientes permanentes; un Beneficio para el tercer molar si ocupa el lugar del primer o segundo molar o es un pilar de una dentadura postiza parcial existente fija o una dentadura postiza parcial removible con soportes o retenedores</i>
D3428	Injerto óseo junto con una cirugía perirradicular, por diente, único sitio	\$350	
D3429	Injerto óseo junto con cirugía perirradicular, cada diente contiguo adicional en el mismo sitio quirúrgico	\$350	
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	\$90	
D3431	Materiales biológicos para facilitar la regeneración del tejido blando y óseo, junto con cirugía perirradicular	\$80	
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, anterior	\$160	<i>1 cada 24 meses por el mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, premolar	\$160	<i>1 cada 24 meses por el mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, molar	\$160	<i>1 cada 24 meses por el mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento del diente con dique de goma	\$30	
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100	<i>Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>

D4000-D4999 V. SERVICIOS DE PERIODONCIA

- Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$150	<i>1 por cuadrante cada 36 meses, 13 años en adelante</i>
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$50	<i>1 por cuadrante cada 36 meses, 13 años en adelante</i>
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro	\$165	
D4260	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$265	<i>1 por cuadrante cada 36 meses, 13 años en adelante</i>
D4261	Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo de grosor total y cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$140	<i>1 por cuadrante cada 36 meses, 13 años en adelante</i>
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración del tejido blando y óseo, por sitio	\$80	
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	<i>1 por cuadrante cada 24 meses, 13 años en adelante</i>
D4342	Limpieza de sarro periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$30	<i>1 por cuadrante cada 24 meses, 13 años en adelante</i>
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después de evaluación bucal	\$40	<i>Limpieza, 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses</i>
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir una evaluación periodontal integral y un diagnóstico en una consulta siguiente	\$40	<i>1 tratamiento por cada 12 meses consecutivos</i>
D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	\$10	
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	<i>1 cada 3 meses, el servicio debe realizarse dentro de los 24 meses posteriores al último raspado y alisado radicular</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D4920	Cambio de vendajes no programado (por alguien que no sea el dentista tratante o su personal)	\$15	1 por Dentista Contratado; a partir de los 13 años de edad
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	\$350	Afiliados de 13 años en adelante. Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- Para todas las dentaduras postizas y parciales incluidas en la lista, el Costo Compartido incluye los ajustes después de la entrega y el acondicionamiento de tejido, si fuera necesario, durante los primeros seis meses posteriores a su colocación. El Afiliado debe seguir siendo elegible, y el servicio debe proporcionarse en el centro de atención del Dentista Contratado en el que se entregó la dentadura postiza originalmente.
- El rebasado, el revestimiento y el acondicionamiento de tejido se limitan a 1 por dentadura postiza en 12 meses consecutivos.
- Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años (más de 60 meses).

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$300	1 cada 60 meses
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$300	1 cada 60 meses
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$300	1 vez de por vida; las dentaduras postizas completas posteriores (D5110, D5120) no son un Beneficio dentro de un periodo de 60 meses.
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$300	1 vez de por vida; las dentaduras postizas completas posteriores (D5110, D5120) no son un Beneficio dentro de un periodo de 60 meses.
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$300	1 cada 60 meses
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$300	1 cada 60 meses
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura en molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$335	1 cada 60 meses
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura en molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$335	1 cada 60 meses
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$275	1 cada 60 meses

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$275	1 cada 60 meses
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura en molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$330	1 cada 60 meses
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura en molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes)	\$330	1 cada 60 meses
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$20	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$20	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$20	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$20	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, mandibular	\$40	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, maxilar	\$40	1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente)	\$40	Hasta 4 por arco por fecha de servicio después de los 6 meses iniciales; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado
D5611	Reparación de base de dentadura parcial postiza de resina, mandibular	\$40	1 por arco, por día de servicio, por Dentista Contratado; hasta 2 por arco en 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5612	Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial, maxilar	\$40	1 por arco, por día de servicio, por Dentista Contratado; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5621	Reparación parcial del molde, mandibular	\$40	1 por arco, por día de servicio, por Dentista Contratado; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5622	Reparación parcial del molde, maxilar	\$40	1 por arco, por día de servicio, por Dentista Contratado; hasta 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado después de los 6 meses iniciales
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales rotos para retener o sujetar, por diente	\$50	3 por fecha de servicio después de los 6 meses iniciales; 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$35	4 por arco por fecha de servicio después de los 6 meses iniciales; 2 por arco cada 12 meses por Dentista Contratado
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$35	Hasta 3 por día de servicio por Dentista Contratado; 1 por diente después de los 6 meses iniciales
D5660	Agregado de ganchos a una dentadura postiza parcial existente, por diente	\$60	3 por fecha de servicio después de los 6 meses iniciales; 2 por arco en 12 meses por Dentista Contratado
D5730	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (directo)	\$60	Incluido durante los primeros 6 meses después de la colocación por el Dentista Contratado o el consultorio dental donde se entregó originalmente el aparato; 1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5731	Revestimiento de dentadura postiza completa mandibular (directo)	\$60	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo)	\$60	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo)	\$60	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5750	Revestimiento de dentadura postiza completa maxilar (indirecto)	\$90	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5751	Revestimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecto)	\$90	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	\$80	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	\$80	1 cada 12 meses después de los 6 meses iniciales
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$30	2 por prótesis cada 36 meses después de los 6 meses iniciales
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$30	2 por prótesis cada 36 meses después de los 6 meses iniciales
D5862	Unión de precisión, por informe	\$90	Incluido en la tarifa para los procedimientos protésicos y de restauración por el Dentista Contratado o el consultorio dental en donde se brindó originalmente el servicio. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.
D5863	Sobredentadura, maxilar completa	\$300	1 cada 60 meses
D5864	Sobredentadura, maxilar parcial	\$300	1 cada 60 meses
D5865	Sobredentadura, mandibular completa	\$300	1 cada 60 meses
D5866	Sobredentadura, mandibular parcial	\$300	1 cada 60 meses

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible no especificado, por informe	\$350	<i>Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el Afiliado tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES

- Todos los procedimientos de prótesis maxilofaciales requieren Autorización previa.

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5911	Moldes faciales (parciales)	\$285	
D5912	Moldes faciales (completos)	\$350	
D5913	Prótesis nasal	\$350	
D5914	Prótesis auditiva	\$350	
D5915	Prótesis orbitaria	\$350	
D5916	Prótesis ocular	\$350	
D5919	Prótesis facial	\$350	
D5922	Prótesis nasal septal	\$350	
D5923	Prótesis ocular, temporal	\$350	
D5924	Prótesis cleidocraneal	\$350	
D5925	Prótesis para implante de aumento facial	\$200	
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200	
D5927	Prótesis auditiva, reemplazo	\$200	
D5928	Prótesis orbitaria, reemplazo	\$200	
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200	
D5931	Prótesis obturatriz, quirúrgica	\$350	
D5932	Prótesis obturatriz, definitiva	\$350	
D5933	Prótesis obturatriz, modificación	\$150	2 cada 12 meses
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida de guía	\$350	
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida de guía	\$350	
D5936	Prótesis obturatriz, temporal	\$350	
D5937	Aparato para trismus (no para el tratamiento del trastorno temporomandibular [Temporomandibular Disorder, TMD])	\$85	
D5951	Ayuda para la alimentación	\$135	
D5952	Prótesis para mejorar el habla, pediátrica	\$350	
D5953	Prótesis para mejorar el habla, adultos	\$350	
D5954	Prótesis de aumento del paladar	\$135	
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350	
D5958	Prótesis de elevación del paladar, temporal	\$350	
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	\$145	2 cada 12 meses
D5960	Prótesis para mejorar el habla, modificación	\$145	2 cada 12 meses

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D5982	Stent quirúrgico	\$70	
D5983	Soporte de radiación	\$55	
D5984	Protector de radiación	\$85	
D5985	Localizador del cono de radiación	\$135	
D5986	Soporte de gel de fluoruro	\$35	
D5987	Férulas para comisuras	\$85	
D5988	Férulas quirúrgicas	\$95	
D5991	Soporte de medicamentos para enfermedad vesiculobulosa	\$70	
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350	<i>Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el Afiliado tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES

- Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales, como se define en el Anexo B. Requiere Autorización previa. Consulte también el Anexo B.

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6010	Colocación quirúrgica de implantes: implante endoóseo	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6011	Acceso quirúrgico de implantes (segunda etapa de cirugía de implante)	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6012	Colocación quirúrgica de implantes temporales para prótesis de transición: implante endoóseo	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6013	Colocación quirúrgica de implantes mínimos	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6040	Colocación quirúrgica de implantes endoóseos	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6050	Colocación quirúrgica de implantes transóseos	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6055	Barra conectora, fijada con implante o en diente pilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6056	Diente pilar prefabricado, incluye modificación y colocación	\$135	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6057	Diente pilar fabricado para el paciente, incluye colocación	\$180	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6058	Corona de porcelana/cerámica sujeta por diente pilar	\$320	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6059	Corona de porcelana fundida con metal sujeta por diente pilar (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6060	Corona de porcelana fundida con metal sujeta por diente pilar (metal base principalmente)	\$295	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6061	Corona de porcelana fundida con metal sujeta por pilar (metal noble)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6062	Corona de metal fundido sujeta por pilar (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6063	Corona de metal fundido sujeta por pilar (metal base principalmente)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6064	Corona de metal fundido sujeta por diente pilar (metal noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6065	Corona fijada con implante de porcelana/cerámica	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6066	Corona fijada con implante, de porcelana fundida en aleaciones muy nobles	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6067	Corona fijada con implante de aleaciones muy nobles	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6068	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana/cerámica	\$320	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6069	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6070	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)	\$290	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6071	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6072	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6073	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal base principalmente)	\$290	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6074	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal noble)	\$320	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6075	Retenedor fijado con implante para FPD de cerámica	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6076	Retenedor fijado con implante para FPD de porcelana fundida en aleaciones muy nobles	\$330	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6077	Retenedor fijado con implante para FPD de metal en aleaciones muy nobles	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6080	Procedimiento de mantenimiento de implantes en el que se retira y se vuelve a colocar la prótesis, incluida la limpieza de la prótesis y los dientes pilares	\$30	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6081	Raspado y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo	\$30	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6082	Corona fijada con implante, de porcelana fundida principalmente en aleaciones base	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6083	Corona fijada con implante, de porcelana fundida en aleaciones nobles	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6084	Corona fijada con implante, de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6085	Corona de implante temporal	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6086	Corona fijada con implante, principalmente en aleaciones base	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6087	Corona fijada con implante, de aleaciones nobles	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6061	Corona de porcelana fundida con metal sujeta por pilar (metal noble)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6062	Corona de metal fundido sujeta por pilar (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6063	Corona de metal fundido sujeta por pilar (metal base principalmente)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6064	Corona de metal fundido sujeta por diente pilar (metal noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6065	Corona fijada con implante de porcelana/cerámica	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6066	Corona fijada con implante, de porcelana fundida en aleaciones muy nobles	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6067	Corona fijada con implante de aleaciones muy nobles	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6068	Retenedor fijado con diente pilar para dentadura postiza parcial fija (Fixed Partial Denture, FPD) de porcelana/cerámica	\$320	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6069	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6070	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)	\$290	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6071	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6072	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal muy noble)	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6073	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal base principalmente)	\$290	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6074	Retenedor fijado con diente pilar para FPD de molde metálico (metal noble)	\$320	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6075	Retenedor fijado con implante para FPD de cerámica	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6076	Retenedor fijado con implante para FPD de porcelana fundida en aleaciones muy nobles	\$330	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6077	Retenedor fijado con implante para FPD de metal en aleaciones muy nobles	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6080	Procedimiento de mantenimiento de implantes en el que se retira y se vuelve a colocar la prótesis, incluida la limpieza de la prótesis y los dientes pilares	\$30	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6081	Raspado y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo	\$30	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6082	Corona fijada con implante, de porcelana fundida principalmente en aleaciones base	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6083	Corona fijada con implante, de porcelana fundida en aleaciones nobles	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6084	Corona fijada con implante, de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$335	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6085	Corona de implante temporal	\$300	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6086	Corona fijada con implante, principalmente en aleaciones base	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6087	Corona fijada con implante, de aleaciones nobles	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6088	Corona fijada con implante, de titanio y aleaciones de titanio	\$340	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6089	Acceso y reajuste de tornillos de implante sueltos, por tornillo	\$60	<i>1 cada 24 meses</i>
D6090	Reparación de prótesis sostenida por implante, por informe	\$65	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6091	Reemplazo de la parte reemplazable de la unión de semiprecisión o de precisión de la prótesis sostenida por implante/pilar, por unión	\$40	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6092	Recementación o readhesión de corona fijada con implante/diente pilar	\$25	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6093	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante/diente pilar	\$35	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6094	Corona fijada con diente pilar, de titanio y aleaciones de titanio	\$295	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6095	Reparación del diente pilar fijado con implante, por informe	\$65	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6096	Extracción del tornillo de retención roto del implante	\$60	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6097	Corona fijada con diente pilar, de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6098	Corona fijada con retenedor, de porcelana fundida principalmente en aleaciones base	\$330	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6099	Retenedor fijado con implante para FPD, de porcelana fundida en aleaciones nobles	\$330	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6100	Extirpación quirúrgica del cuerpo del implante	\$110	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6105	Extirpación de un implante que no requiere la eliminación de hueso o la elevación del colgajo.	\$110	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6114	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6115	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6116	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6117	Dentadura postiza fija sostenida por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6118	Dentadura postiza fija temporal sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6119	Dentadura postiza fija temporal sostenida por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6120	Retenedor fijado con implante, de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$330	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6121	Retenedor fijado con implante para FPD, de porcelana fundida principalmente en aleaciones base	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6122	Retenedor fijado con implante para FPD de metal, aleaciones nobles	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6123	Retenedor fijado con implante para FPD de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6190	Índice de implantes radiográficos/quirúrgicos, por informe	\$75	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6191	Pilar de semiprecisión, colocación	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6192	Atache de semiprecisión, colocación	\$350	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6194	Retenedor de corona fijado con diente pilar para FPD de titanio y aleaciones de titanio	\$265	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6195	Retenedor fijado con diente pilar, de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6197	Reemplazo del material de restauración utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis autofijada con implante con tornillos, por implante	\$95	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales.</i>
D6198	Extirpación de un componente de un implante temporal	\$110	<i>Este Beneficio solo está disponible para condiciones médicas excepcionales</i>
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350	<i>Los servicios de implante son un Beneficio solo cuando las condiciones médicas excepcionales son documentadas y serán revisadas para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico. La documentación escrita describirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, cualquier antecedente que corresponda y el tratamiento propuesto.</i>

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija

- Cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija (puente)
- El reemplazo de una corona, un pónico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga más de 5 años (más de 60 meses) de antigüedad.

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6211	Pónico, molde con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>
D6241	Pónico, porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>
D6245	Pónico, porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>
D6251	Pónico, resina con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>
D6721	Corona de retención, resina con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>
D6740	Corona de retención, porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses, 13 años en adelante</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D6751	Corona de retención, porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	1 cada 60 meses, 13 años en adelante
D6781	Corona de retención, 3/4 de molde con metal base principalmente	\$300	1 cada 60 meses, 13 años en adelante
D6783	Corona de retención, 3/4 porcelana/cerámica	\$300	1 cada 60 meses, 13 años en adelante
D6784	Corona de retención, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$300	1 cada 60 meses, 13 años en adelante
D6791	Corona de retención, molde completo con metal base principalmente	\$300	1 cada 60 meses, 13 años en adelante
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$40	Se incluye la recementación durante los 12 meses posteriores a la colocación inicial; no se permiten cargos adicionales para el Afiliado ni para Delta Dental. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material restaurador	\$95	
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	\$350	Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará. No es un Beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de una dentadura postiza parcial fija por el mismo Dentista Contratado o consultorio.

D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

- Los procedimientos realizados por un Especialista Contratado requieren Autorización previa. Se deberá demostrar la necesidad desde el punto de vista médico para los procedimientos D7340-D7997. Consulte también el Anexo B.
- Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local. Los servicios posquirúrgicos incluyen exámenes, remoción de suturas y tratamiento de complicaciones.

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7111	Extracción de residuos de coronas: diente de leche	\$40	
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extirpación con fórceps)	\$65	
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción de hueso o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiosteal si está indicado	\$120	
D7220	Extracción de diente traumatizado, tejido blando	\$95	
D7230	Extracción de diente traumatizado, parcialmente óseo	\$145	
D7240	Extracción de diente traumatizado, completamente óseo	\$160	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7241	Extracción de diente traumatizado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$175	
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (con incisión)	\$80	
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280	
D7261	Cierre principal de perforación septal	\$285	
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$185	<i>1 por arco, independientemente del número de dientes involucrados; dientes permanentes anteriores</i>
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$220	
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente traumatizado	\$85	<i>Solo para tratamiento de ortodoncia activo</i>
D7284	Biopsia por escisión de glándulas salivales menores		<i>1 el mismo día</i>
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal, duro (hueso, diente)	\$180	<i>1 por arco por fecha de servicio, independientemente del número de áreas involucradas</i>
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando	\$110	<i>3 por fecha de servicio</i>
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	\$185	<i>1 por arco, solo para dientes permanentes; se aplica al tratamiento de ortodoncia activo</i>
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe	\$80	<i>1 por arco, se aplica al tratamiento de ortodoncia activo</i>
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes o espacios interdentes por cuadrante	\$85	
D7311	Alveoloplastia con extracciones, uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$50	
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, para cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$120	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$65	
D7340	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelialización secundaria)	\$350	<i>1 por arco cada 60 meses</i>
D7350	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluye injertos de tejido blando, reacomplamiento del músculo, revisión de la unión del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico)	\$350	<i>1 por arco</i>
D7410	Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75	
D7411	Escisión de lesión benigna de más de 1.25 cm	\$115	
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$175	
D7413	Escisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95	
D7414	Escisión de lesión maligna de más de 1.25 cm	\$120	
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada	\$255	
D7440	Escisión de tumor maligno, diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105	
D7441	Escisión de tumor maligno, lesión con un diámetro de más de 1.25 cm	\$185	
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro de hasta 1.25 cm	\$180	
D7451	Remoción de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro mayor de 1.25 cm	\$330	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7460	Extirpación de tumores o quistes benignos no odontogénicos, lesión con un diámetro de hasta 1.25 cm	\$155	
D7461	Extirpación de tumores o quistes benignos no odontogénicos, lesión con un diámetro mayor a 1.25 cm	\$250	
D7465	Destrucción de lesiones por método físico o químico, por informe	\$40	
D7471	Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140	<i>1 por cuadrante</i>
D7472	Extirpación de rodete palatino	\$145	<i>1 vez de por vida</i>
D7473	Extirpación de rodete mandibular	\$140	<i>1 por cuadrante</i>
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$105	<i>1 por cuadrante</i>
D7490	Resección radical del maxilar o la mandíbula	\$350	
D7509	Marsupialización del quiste odontogénico	\$180	
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando	\$70	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	\$70	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido extrabucal blando	\$70	
D7521	Incisión y drenaje de abscesos, tejido extrabucal blando, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	\$80	
D7530	Extracción de cuerpos extraños de la mucosa, la piel o el tejido alveolar subcutáneo	\$45	<i>1 por fecha de servicio</i>
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen una reacción, sistema musculoesquelético	\$75	<i>1 por fecha de servicio</i>
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso sin vida	\$125	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$235	
D7610	Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)	\$140	
D7620	Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)	\$250	
D7630	Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)	\$350	
D7640	Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)	\$350	
D7650	Arco malar o cigomático, reducción abierta	\$350	
D7660	Arco malar o cigomático, reducción cerrada	\$350	
D7670	Alvéolo, la reducción cerrada puede incluir estabilización de los dientes	\$170	
D7671	Alvéolo, la reducción abierta puede incluir estabilización de los dientes	\$230	
D7680	Huesos faciales, reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples	\$350	
D7710	Maxilar, reducción abierta	\$110	
D7720	Maxilar, reducción cerrada	\$180	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7730	Mandíbula, reducción abierta	\$350	
D7740	Mandíbula, reducción cerrada	\$290	
D7750	Arco malar o cigomático, reducción abierta	\$220	
D7760	Arco malar o cigomático, reducción cerrada	\$350	
D7770	Alvéolo, reducción abierta, estabilización de los dientes	\$135	
D7771	Alvéolo, reducción cerrada, estabilización de los dientes	\$160	
D7780	Huesos faciales, reducción complicada con fijación y enfoques múltiples	\$350	
D7810	Reducción abierta de dislocación	\$350	
D7820	Reducción cerrada de dislocación	\$80	
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85	
D7840	Condilectomía	\$350	
D7850	Discectomía quirúrgica, con o sin implante	\$350	
D7852	Reparación del disco	\$350	
D7854	Sinovectomía	\$350	
D7856	Miotomía	\$350	
D7858	Reconstrucción articular	\$350	
D7860	Artrotomía	\$350	
D7865	Artroplastia	\$350	
D7870	Artrocentesis	\$90	
D7871	Lavado y lisis no artroscópicas	\$150	
D7872	Artroscopia, diagnóstico con o sin biopsia	\$350	
D7873	Artroscopia, lavado y lisis de adhesiones	\$350	
D7874	Artroscopia, recolocación y estabilización del disco	\$350	
D7875	Artroscopia, sinovectomía	\$350	
D7876	Artroscopia, discectomía	\$350	
D7877	Artroscopia, desbridamiento	\$350	
D7880	Dispositivo ortopédico oclusal, por informe	\$120	
D7881	Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal	\$30	1 por fecha de servicio por Dentista Contratado; 2 cada 12 meses por Dentista Contratado
D7899	Tratamiento del TMD no especificado, por informe	\$350	
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	\$35	
D7911	Sutura complicada, de hasta 5 cm	\$55	
D7912	Sutura complicada, mayor de 5 cm	\$130	
D7920	Injerto de piel (indicar el defecto cubierto, la ubicación y la clase de injerto)	\$120	
D7922	Colocación de apósitos biológicos de alveolo dentario interno para ayudar a la hemostasis o estabilización de coágulos, por sitio	\$80	
D7939	Indexación para osteotomía mediante navegación dinámica asistida por robot o navegación dinámica	\$350	1 por diente cada 60 meses
D7940	Osteoplastia, para deformidades ortognáticas	\$160	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7941	Osteotomía, ramas mandibulares	\$350	
D7943	Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto	\$350	
D7944	Osteotomía, segmentaria o subapical	\$275	
D7945	Osteotomía, cuerpo de la mandíbula	\$350	
D7946	LeFort I (maxilar total)	\$350	
D7947	LeFort I (maxilar segmentado)	\$350	
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión del rostro medio), sin injerto óseo	\$350	
D7949	LeFort II o LeFort III, con injerto óseo	\$350	
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteal o de cartílago de la mandíbula o el maxilar, autógeno o no autógeno, por informe	\$190	
D7951	Rinoplastia de aumento con hueso o sustitutos óseos por aproximación abierta lateral	\$290	
D7952	Rinoplastia de aumento por aproximación vertical	\$175	
D7955	Reparación de defectos del tejido maxilofacial blando o duro	\$200	
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$120	<i>1 por arco, por fecha de servicio; el Beneficio se brinda solo cuando los incisivos y las cúspides permanentes han erupcionado</i>
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$120	<i>1 por arco, por fecha de servicio; el Beneficio se brinda solo cuando los incisivos y las cúspides permanentes han erupcionado</i>
D7963	Frenuloplastia	\$120	<i>1 por arco, por fecha de servicio; el Beneficio se brinda solo cuando los incisivos y las cúspides permanentes han erupcionado</i>
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$175	<i>1 por arco por fecha de servicio</i>
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	\$80	
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	\$100	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155	
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	\$155	
D7981	Escisión de glándula salival, por informe	\$120	
D7982	Sialodocoplastia	\$215	
D7983	Cierre de fístula salival	\$140	
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	
D7991	Coronoidectomía	\$345	
D7995	Injerto sintético, huesos mandibulares o faciales, por informe	\$150	
D7997	Remoción de dispositivo (no por el dentista que lo colocó), incluye extirpación de la barra del arco	\$60	<i>Solo remoción de dispositivos relacionados con procedimientos quirúrgicos; 1 por arco por fecha de servicio. La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.</i>

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe	\$350	Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA, Necesaria desde el Punto de Vista Médico para Afiliados Pediátricos ÚNICAMENTE

- Los servicios de ortodoncia deben ser necesarios desde el punto de vista médico, según lo determine un Dentista Contratado. El tratamiento de ortodoncia es un Beneficio solo cuando es Necesario desde el Punto de Vista Médico, demostrado por una maloclusión discapacitante grave y cuando se obtenga Autorización previa. La maloclusión discapacitante grave no es una condición cosmética. Los dientes deben estar gravemente desalineados y causar problemas funcionales que comprometen la salud bucal o general.
- El Afiliado Pediátrico debe seguir siendo elegible, los Beneficios para la ortodoncia Necesaria desde el Punto de Vista Médico se brindarán en pagos periódicos al Dentista Contratado.
- El procedimiento de ortodoncia integral (D8080) incluye todos los dispositivos, los ajustes, la colocación, la remoción y la estabilización postratamiento (retención). El Afiliado debe seguir siendo elegible durante el tratamiento activo. No se permiten cargos adicionales al Afiliado por parte del ortodoncista tratante original ni del consultorio dental que recibió la tarifa del caso integral. Se aplicará una tarifa diferente para los servicios brindados por un Ortodoncista Contratado que no sea el ortodoncista tratante ni el consultorio dental original que realizó el tratamiento.
- El Costo Compartido para ortodoncia Necesaria desde el Punto de Vista Médico se aplica al tratamiento en curso, y no a años de beneficios individuales dentro de un ciclo de tratamiento de varios años. Este Costo Compartido se aplica al ciclo del tratamiento siempre y cuando el Afiliado Pediátrico siga inscrito en el Programa.
- Para obtener más información, consulte el Anexo B sobre ortodoncia Necesaria desde el Punto de Vista Médico.
- *El Afiliado pediátrico paga un costo compartido una vez de \$1,000 por los beneficios de ortodoncia, que incluye códigos necesarios desde el punto de vista médico entre D8080-D8999.

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D8080	Tratamiento integral de ortodoncia de la dentición adolescente	\$1,000*	1 por Afiliado por fase de tratamiento; incluido en la tarifa de caso integral
D8210	Tratamiento con aparatos extraíbles	\$1,000*	1 vez de por vida, desde los 6 hasta los 12 años; incluido en la tarifa de caso integral
D8220	Tratamiento con aparatos fijos	\$1,000*	1 vez de por vida, desde los 6 hasta los 12 años; incluido en la tarifa de caso integral
D8660	Examen de tratamiento preortodóntico para monitorear el crecimiento y el desarrollo	\$1,000*	1 cada 3 meses, cuando lo realiza el mismo Dentista Contratado o el consultorio dental, hasta 6 consultas de por vida; incluido en la tarifa de caso integral
D8670	Consulta para tratamiento periódico de ortodoncia	\$1,000*	Incluido en la tarifa de caso integral
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores)	\$1,000*	1 por arco por cada fase autorizada del tratamiento de ortodoncia; incluida en la tarifa de caso integral
D8681	Ajuste del retenedor de ortodoncia extraíble	\$1,000*	Incluido en la tarifa de caso integral
D8696	Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar	\$1,000*	1 por aparato; incluida en la tarifa de caso integral

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D8697	Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular	\$1,000*	1 por aparato; incluida en la tarifa de caso integral
D8698	Recementación o readhesión de retenedor fijo, maxilar	\$1,000*	1 por Dentista Contratado; incluida en la tarifa de caso integral
D8699	Recementación o readhesión de retenedor fijo, mandibular	\$1,000*	1 por Dentista Contratado; incluida en la tarifa de caso integral
D8701	Reparación de retenedores fijos, incluye refijación, maxilar	\$1,000*	1 por Dentista Contratado; incluida en la tarifa de caso integral El Costo Compartido se aplica a los servicios brindados por un ortodoncista que no sea el ortodoncista o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.
D8702	Reparación de retenedores fijos, incluye refijación, mandibular	\$1,000*	1 por Dentista Contratado; incluida en la tarifa de caso integral La tarifa indicada se aplica a los servicios brindados por un ortodoncista que no sea el ortodoncista o el consultorio dental original que realizó el tratamiento.
D8703	Reemplazo de retenedor perdido o roto, maxilar	\$1,000*	1 por arco, dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio por retención con ortodoncia (D8680); incluido en la tarifa de caso integral
D8704	Reemplazo de retenedor perdido o roto, mandibular	\$1,000*	1 por arco, dentro de los 24 meses siguientes a la fecha de servicio por retención con ortodoncia (D8680); incluido en la tarifa de caso integral
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe	\$1,000*	Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará. Incluido en la tarifa de caso integral

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta	\$30	1 por fecha de servicio por Dentista Contratado, independientemente del número de dientes o áreas tratadas
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	\$95	
D9210	Anestesia local separada de procedimientos operativos o quirúrgicos	\$10	1 por fecha de servicio por Dentista Contratado; para realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o un estado anormal.
D9211	Anestesia de bloque regional	\$20	
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$60	
D9215	Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos	\$15	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D9219	Evaluación para sedación, moderada, profunda o anestesia general	\$45	
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$45	<i>Solo se cubre cuando lo realiza un Dentista Contratado para cirugía bucal cubierta; 4 de (D9222, D9223) por fecha de servicio</i>
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	\$45	<i>Solo se cubre cuando lo realiza un Dentista Contratado para cirugía bucal cubierta; 4 de (D9222, D9223) por fecha de servicio</i>
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$15	<i>(Cuando está disponible)</i>
D9239	Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	\$60	<i>Solo se cubre cuando lo realiza un Dentista Contratado para cirugía bucal cubierta; 4 de (D9239, D9243) por fecha de servicio</i>
D9243	Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, cada aumento posterior de 15 minutos	\$60	<i>Solo se cubre cuando lo realiza un Dentista Contratado para cirugía bucal cubierta; 4 de (D9239, D9243) por fecha de servicio</i>
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65	<i>Cuando esté disponible, 1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico por parte de un Dentista o un médico que no sea el Dentista o el médico a cargo del tratamiento	\$50	
D9311	Consulta con un profesional médico de cuidado de la salud	Sin cargo	
D9410	Atención a domicilio/en un centro de atención prolongada	\$50	<i>1 por Afiliado por fecha de servicio</i>
D9420	Visita a un hospital o centro de cirugía ambulatoria	\$135	
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario de atención regular), sin que se proporcionen otros servicios	\$20	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9440	Visita al consultorio, después del horario de atención regular	\$45	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, una administración	\$30	<i>4 inyecciones de (D9610, D9612) por fecha de servicio</i>
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, medicinas distintas	\$40	<i>4 inyecciones de (D9610, D9612) por fecha de servicio</i>
D9910	Aplicación de medicamento para desensibilización	\$20	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado, dientes permanentes</i>
D9930	Tratamiento de las complicaciones (postquirúrgicas); circunstancias inusuales, por informe	\$35	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado dentro de los 30 días posteriores a una extracción</i>
D9950	Análisis de oclusión, encaje de los dientes	\$120	<i>Se requiere Autorización previa; 1 cada 12 meses para disfunción de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ) diagnosticada, dientes permanentes, 13 años en adelante</i>
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$45	<i>1 cada 12 meses por cuadrante por Dentista Contratado, 13 años en adelante</i>
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$210	<i>1 cada 12 meses después del análisis de oclusión, encaje de los dientes (D9950) para disfunción de la TMJ diagnosticada, dientes permanentes, 13 años en adelante</i>
D9995	Teleodontología, sincronizada; consulta en tiempo real	Sin cargo	

Código	Descripción	El Afiliado Pediátrico Paga	Aclaraciones/Limitaciones
D9996	Teleodontología, no sincronizada; información almacenada y enviada al dentista para una revisión posterior	Sin cargo	
D9997	Administración de casos dentales, pacientes con Necesidades Especiales de Atención Médica	Sin cargo	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	Sin cargo	<i>Se podrá utilizar para un procedimiento no descrito de forma adecuada por un código CDT o para un procedimiento que tiene un código CDT que no es un Beneficio, pero que el paciente tiene una condición médica excepcional que justifica la necesidad desde el punto de vista médico. La documentación incluirá las condiciones específicas analizadas para el procedimiento, el razonamiento que demuestre la necesidad desde el punto de vista médico, los antecedentes que correspondan y el tratamiento que se realizará.</i>

Notas:

Si el Dentista Contratado asignado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el Afiliado paga el Costo Compartido especificado. Delta Dental debe autorizar los procedimientos mencionados que requieren que el Dentista preste un Servicio de Especialista y que son referidos por el Dentista Contratado asignado. El Afiliado paga el Costo Compartido especificado para tales servicios.

Los procedimientos opcionales o mejorados se definen como cualquier procedimiento alternativo presentado por el Dentista Contratado y acordado formalmente por medio de un consentimiento económico que satisface la misma necesidad dental que la de un procedimiento cubierto. El Afiliado puede elegir un procedimiento Opcional o mejorado, sujeto a las limitaciones y las exclusiones de esta Enmienda. El cargo aplicable al Afiliado es la diferencia entre la tarifa que cobra habitualmente el Dentista Contratado (o la tarifa contratada, cuando corresponda) para el procedimiento Opcional o mejorado y el procedimiento cubierto más cualquier Costo Compartido aplicable para el procedimiento cubierto.

Ejemplo de un procedimiento opcional o mejorado:

- si el afiliado elige un procedimiento opcional o mejorado presentado por el dentista contratado;
 - ◆ Cuando se utilicen metales nobles (D6061, D6064, D6071, D6074, D6083, D6087, D6099, D6122) o metales altamente nobles (preciosos; D6059, D6062, D6066, D6067, D6069, D6072, D6076, D6077) o titanio (D6084, D6088, D6094, D6097, D6194, D6195, D6784) para una corona con soporte de implante/pilar o un retenedor de puente fijo; y
 - ◆ El dentista contratado cobra una tarifa de laboratorio adicional.

Entonces, el afiliado será responsable de la tarifa cobrada por el laboratorio, que equivale a la diferencia entre el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o procedimiento estándar.

La administración de estos diseños de planes debe cumplir los requisitos del plan principal dental pediátrico de beneficios médicos esenciales (Essential Health Benefits, EHB), incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad desde el punto de vista médico, como se define en el Beneficio de Programa de Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, “EPSDT”).

Se ofrecería sin cargo el grado máximo de Teleodontología que los planes dentales puedan ofrecer.

Estas notas finales no limitan las obligaciones de un emisor de cumplir las leyes, normas o regulaciones federales, estatales o locales aplicables. En caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o regulación recientemente promulgada o enmendada que entre en conflicto con los requisitos de estas Notas finales, el emisor deberá cumplir la ley, norma o regulación y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. En los casos en que estas Notas finales superen los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir los requisitos de estas Notas finales.

ANEXO B. Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios

Limitaciones de los beneficios para matriculados pediátricos

- La frecuencia de ciertos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de la frecuencia se incluyen en el *Anexo A, Descripción de los Beneficios y Costo Compartido para Afiliados Pediátricos*. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia indicadas, para procedimientos de profilaxis, fluoruro y raspado [D1110, D1120, D1206, D1208 y D4346] se considerarán para Autorización previa cuando se justifique su necesidad desde el punto de vista médico debido a una limitación física o a una afección bucal que impida la higiene bucal diaria.
- Un empaste [D2140-D2161, D2330-D2335, D2391-D2394] es un Beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reparar un empaste perdido.
- Una corona [D2390 y códigos cubiertos solamente entre D2710 y D2791] es un Beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para permitir un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o no es restaurable y se cumple el límite de más de cinco años (más de 60 meses).
- El reemplazo de una corona existente [D2390 y códigos cubiertos solamente entre D2710 y D2791], la dentadura postiza parcial fija (puente) [códigos cubiertos solamente entre D6211-D6245, D6251 y D6721-D6791] o una dentadura postiza completa [D5110, D5120] o parcial [códigos cubiertos solamente entre D5211-D5214, D5221-D5224] extraíble es un Beneficio cubierto cuando:
 - ♦ La restauración/puente/dentadura postiza existente ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste, y
 - ♦ Cualquiera de los siguientes:
 - La restauración/puente/dentadura postiza existente se colocó cinco (más de 60 meses) o más años antes del reemplazo, o
 - Una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años (60 meses), pero se debe reemplazar por una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural, que no se puede reemplazar al agregar otro diente a la dentadura postiza parcial existente.
- La cobertura del reemplazo de una dentadura postiza parcial fija (puente) [solo se cubren los códigos D6211-D6245, D6251-D6721, D6791] o una dentadura postiza parcial extraíble [solo se cubren los códigos D5211-D5214, D5221-D5224]:
 - ♦ Dentadura postiza parcial fija (puente):
 - La dentadura postiza parcial fija es un Beneficio únicamente cuando las condiciones médicas o el empleo impidan el uso de una dentadura postiza parcial extraíble.
 - El único diente a reemplazar en el arco es un diente anterior, y los dientes fijos no están involucrados periodontalmente, o
 - El puente nuevo reemplazaría uno existente, un puente no funcional que usa dientes pilares y pónicos idénticos, o
 - Cada diente pilar al que se le debe realizar una corona cumple la Limitación n.º 3.
 - ♦ Dentadura postiza parcial extraíble:
 - Molde metálico [D5213, D5214, D5223, D5224], falta uno o más dientes en un arco.
 - A base de resina [D5211, D5212, D5221, D5222], falta uno o más dientes en un arco y los dientes fijos tienen enfermedad periodontal extendida.
- Las dentaduras postizas inmediatas [D5130, D5140, D5221-D5224] están cubiertas cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:
 - ♦ caries generalizada o en una gran extensión según las radiografías, o
 - ♦ implicación periodontal grave indicada, o
 - ♦ numerosos dientes que faltan lo que produce reducción de la capacidad de masticar y afecta la salud del Afiliado.
- Los servicios protésicos maxilofaciales [solo se cubren los códigos D5911-D5999] son para la reconstrucción anatómica y funcional de esas regiones del maxilar y la mandíbula y estructuras asociadas faltantes o defectuosas debido a una

intervención quirúrgica, traumatismo (que no sean fracturas simples o compuestas), patologías, malformaciones del desarrollo o congénitas.

- Todos los procedimientos protésicos maxilofaciales [solo se cubren los códigos D5911-D5999] requieren Autorización previa para procedimientos Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Los servicios de implantes [solo se cubren los códigos D6010-D6199] son un Beneficio solo en condiciones médicas excepcionales. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:
 - ♦ Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía de ablación o radiación que produce la destrucción del hueso alveolar, de modo que las estructuras óseas restantes no sean compatibles con prótesis dentales convencionales.
 - ♦ Atrofia grave de la mandíbula o del maxilar que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular [D7340, D7350] o procedimientos de aumento óseo [D7950], y las prótesis convencionales no funcionan para el Afiliado.
 - ♦ Deformidades esqueléticas que excluyen el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodontia parcial y displasia cleidocraneal).
- Los códigos de procedimiento de la disfunción de la articulación temporomandibular ("TMJ") [solo se cubren los códigos D7810-D7880] se limitan al diagnóstico y la atención de síntomas diferencial y requieren Autorización previa.
- Ciertos procedimientos indicados realizados por un Especialista Contratado pueden considerarse primarios en la cobertura médica del Afiliado. Los Beneficios dentales se coordinarán de acuerdo con esto.
- La sedación profunda/anestesia general [D9222, D9223] o analgesia/sedación consciente intravenosa [D9239, D9243] para procedimientos cubiertos requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física o mental o una contraindicación al agente anestésico local.

Exclusiones de los Beneficios para Afiliados Pediátricos

- Cualquier procedimiento que no esté detallado específicamente en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Costos Compartidos para Afiliados Pediátricos*, salvo en la medida en que lo exija la ley estatal o federal.
- Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o las hospitalizaciones, un centro de cirugía para pacientes ambulatorios, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- La pérdida o robo de dentaduras postizas parciales o totales [solo se cubren los códigos entre D5110, D5140, D5211, D5214, D5221, D5224], mantenedores de espacio [D1510-D1575], coronas [D2390 y solo códigos cubiertos entre D2710-D2791], dentaduras postizas parciales fijas (puentes) [solo se cubren los códigos entre D6211-D6245, D6251, D6721-D6791] u otros aparatos.
- Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que empezó después de la cancelación de elegibilidad para cobertura.
- Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que se realice antes de que el Afiliado sea elegible para esta Enmienda. Entre los ejemplos se incluyen: dientes preparados para coronas, dentaduras postizas completas y parciales, endodoncias en curso.
- La entrega de medicamentos que no se suministran normalmente en un centro de atención dental, a menos que estén incluidos en el *Anexo A*.
- Cualquier procedimiento que en la opinión profesional del Dentista Contratado, Especialista Contratado o consultor del plan dental:
 - ♦ no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o de los dientes, o de las estructuras cercanas, o
 - ♦ no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas.
- Servicios dentales recibidos en cualquier centro de atención dental diferente al del Dentista Contratado asignado, incluidos los servicios de un especialista dental a menos que esté expresamente autorizado por escrito o indicado en las secciones "Servicios Dentales de Emergencia" y "Servicios Dentales de Urgencia" de esta Enmienda. Para obtener la Autorización por escrito, el Afiliado debe llamar al Centro de Atención al Cliente de Delta Dental al **800-589-4618**.
- Consultas [D9310, D9311] o cualquier otro servicio de diagnóstico [solo se cubren los códigos D0120-D0999] para Beneficios no cubiertos.

- Implantes de un solo diente [solo se cubren los códigos entre D6000-D6199].
- Restauraciones [solo se cubren los códigos entre D2330-D2335, D2391-D2394, D2710-D2791, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791] realizadas únicamente por motivos estéticos, abrasiones, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical.
- Los procedimientos preventivos [solo se cubren los códigos entre D1110-D1575], de endodoncia [solo se cubren los códigos entre D3110-D3999] o restaurativos [solo se cubren los códigos entre D2140-D2999] no son un Beneficio para los dientes a conservar para sobredentaduras.
- Las dentaduras postizas parciales [solo se cubren los códigos entre D5211-5214, D5221-D5224] no son un Beneficio para reemplazar terceros molares faltantes, a menos que el 3.er molar ocupe la posición del 1.º o 2.º molar o que sea la fijación para una dentadura postiza parcial con soportes o retenedores.
- Aparatos o restauraciones necesarias para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de la estructura dental debido al desgaste, realineamiento de los dientes [solo se cubren los códigos D8000-D8999], ferulización periodontal [D4322-D4323], grabaciones gnatólogicas, equilibrio [D9952] o tratamiento de alteraciones de la TMJ [solo se cubren los códigos D0310-D0322, D7810-D7899], a menos que estén incluidos en el *Anexo A*.
- Dientes de dentaduras postizas de porcelana o dentaduras postizas parciales fijas (revestimientos, implantes y aparatos relacionados con estos) [D6940, D6950] y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Extracción de dientes [D7111, D7140, D7210, D7220-D7240, D7241, D7250], cuando los dientes no tienen síntomas/no tienen patologías (no hay signos ni síntomas de patología o infección), incluida, por ejemplo, la extracción de los terceros molares.
- Modalidades de tratamiento de disfunciones de la TMJ que implican prostodoncia [D5110-D5224, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791], ortodoncia [solo se cubren los códigos D8000-D8999] y rehabilitación oclusal completa o parcial, o procedimientos para disfunciones de la TMJ [solo se cubren los códigos D0310-D0322, D7810-D7899] realizados exclusivamente para el tratamiento del bruxismo.
- Procedimientos de vestibuloplastia/extensión de la cresta [D7340, D7350] realizados el mismo día de servicio que las extracciones [D7111-D7250] en el mismo arco.
- Sedación profunda/anestesia general [D9222, D9223] para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para analgesia/sedación consciente intravenosa [D9239, D9243].
- Analgesia/sedación consciente intravenosa [D9239, D9243] para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación profunda/anestesia general [D9222, D9223].
- Inhalación de óxido nitroso [D9230] cuando se administra con otros procedimientos de sedación cubiertos.
- Atención dental estética [quedan excluidos los códigos cubiertos en esta lista si se realizaron exclusivamente por razones estéticas: D2330-D2394, D2710- D2751, D2940, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791, D8000-D8999].
- Servicios o suministros para la apnea del sueño.

Ortodoncia Necesaria desde el Punto de Vista Médico para Afiliados Pediátricos

- Los Servicios de Ortodoncia se limitan a las siguientes condiciones:
 - ◆ Deformación del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico, deberá presentarse la documentación escrita de un ortodoncista o especialista contratado en su membrete profesional con la solicitud de autorización previa.
 - ◆ Anomalía craneofacial. Deberá presentarse la documentación escrita de un ortodoncista o especialista contratado en su membrete profesional con la solicitud de autorización previa.
 - ◆ Sobremordida profunda en la que los incisivos inferiores destruyen el tejido blando del paladar.
 - ◆ Mordida cruzada de los dientes anteriores individuales que provoca la destrucción de los tejidos blandos.
 - ◆ Una sobremordida mayor de 9 mm o una sobremordida inversa mayor de 3.5 mm.
 - ◆ Desviación traumática severa.

- Debe presentarse la siguiente documentación junto con la solicitud de autorización previa de los servicios por parte del ortodoncista contratado:
 - ◆ Formulario de reclamo de la ADA 2006 o más reciente con el(los) código(s) de(los) servicio(s) solicitado(s).
 - ◆ Modelos de estudio de diagnóstico (recortados) con registro de mordida o el equivalente de OrthoCad.
 - ◆ Imagen radiográfica cefalométrica o imagen radiográfica panorámica.
 - ◆ Hoja de puntuación del índice de desviación labio lingual incapacitante (Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLD) completa y firmada por el ortodoncista contratado.
 - ◆ Plan de tratamiento.
- La cobertura para un tratamiento integral de ortodoncia [D8080] requiere presentar documentación aceptable de una maloclusión incapacitante como prueba, con un puntaje mínimo de 26 puntos en el Formulario de Modificación de Puntaje de California del Índice de Desviación Labio Lingual Incapacitante (HLD), y los moldes de diagnóstico previos al tratamiento [D0470]. Tratamiento de ortodoncia integral [D8080]:
 - ◆ se limita a los Afiliados de entre 13 y 18 años de edad con una dentición permanente, sin paladar hendido ni anomalía craneofacial; pero
 - ◆ puede comenzar al nacimiento para pacientes con paladar hendido o anomalía craneofacial.
- El tratamiento con aparato extraíble [D8210] o el tratamiento con aparato fijo [D8220] están limitados al Afiliado de entre 6 y 12 años de edad, una vez, para evitar que se chupen el dedo o saquen la lengua.
- El Beneficio de un examen de tratamiento preortodóntico [D8660] incluye las imágenes fotográficas necesarias bucales/faciales [D0350, D0703, D0801, D0802, D0803, D0804]. No se le podrá cobrar al Afiliado ni a Delta Dental por D0350, D0351, D0703, D0801, D0802, D0803, D0804 en conjunto con un examen de tratamiento preortodóntico.
- El número de consultas para tratamiento ortodóntico periódicas cubiertas [D8670], así como la duración de la ortodoncia activa cubierta, está limitado a un máximo de:
 - ◆ maloclusión incapacitante: ocho (8) consultas por trimestre;
 - ◆ paladar hendido o anomalía craneofacial: seis (6) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición de leche;
 - ◆ paladar hendido o anomalía craneofacial: ocho (8) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición mixta, o
 - ◆ paladar hendido o anomalía craneofacial: diez (10) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición permanente.
 - ◆ manejo del crecimiento facial: cuatro (4) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición de leche;
 - ◆ manejo del crecimiento facial: cinco (5) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición mixta;
 - ◆ manejo del crecimiento facial: ocho (8) consultas por trimestre para el tratamiento de la dentición permanente.
- La retención con ortodoncia [D8680] es un Beneficio separado después de haber terminado el tratamiento de ortodoncia integral cubierto [D8080], que incluye lo siguiente:
 - ◆ extracción de aparatos y construcción y colocación de retenedores [D8680] y
 - ◆ se limita a los Afiliados menores de 19 años y a uno por arco después de que haya finalizado cada fase de tratamiento activo para la retención de la dentición permanente, a menos que el tratamiento haya sido debido a paladar hendido o a una anomalía craneofacial.
- El Costo Compartido se deberá pagar al Ortodoncista Contratado que inicia la colocación de las bandas en el curso del tratamiento de ortodoncia previamente autorizado [solo se cubren los códigos D8000-D8999]. Si, después de que se haya iniciado la colocación de las bandas, el Afiliado cambia de Ortodoncista Contratado para seguir el tratamiento de ortodoncia, el Afiliado:
 - ◆ no tendrá derecho a un reembolso de ningún monto pagado previamente, y
 - ◆ será responsable de todos los pagos hasta llegar a la totalidad del Costo Compartido requeridos por el nuevo Ortodoncista Contratado para completar el tratamiento de ortodoncia.
- Si se anula o cancela por cualquier motivo la cobertura de un Afiliado, y, al momento de la anulación o cancelación el Afiliado está recibiendo algún tratamiento de ortodoncia [solo se cubren los códigos D8000-D8999], el Afiliado será el único responsable del pago del tratamiento provisto después de la anulación o cancelación, con las siguientes excepciones:

Si el Afiliado está recibiendo tratamiento de ortodoncia en el momento de la cancelación, Delta Dental seguirá brindando Beneficios de ortodoncia durante:

- ◆ 60 días si el Afiliado está haciendo pagos mensuales al Ortodoncista Contratado, o
- ◆ 60 días después de la fecha de cancelación de la cobertura o de la finalización del trimestre en curso, el plazo que resulte mayor, si el Afiliado está realizando pagos trimestrales al Ortodoncista Contratado.

Al finalizar los 60 días (o al finalizar el trimestre), la obligación del Afiliado se basará en la tarifa habitual del Ortodoncista Contratado al comienzo del tratamiento. El Ortodoncista Contratado prorrateará los montos durante el número de meses para terminar el tratamiento. El Afiliado hará los pagos según el acuerdo que haga con el Ortodoncista Contratado.

- La ortodoncia, incluyendo las evaluaciones bucales y todo el tratamiento, [solo se cubren los códigos entre D8000-D8999] debe ser realizada por un dentista con licencia o su personal supervisado que actúa dentro del ámbito de la ley correspondiente.
- La extracción de dispositivos de ortodoncia fija [D8680] por motivos que no sean completar un tratamiento no es un Beneficio cubierto.

ANEXO C. Información sobre los Beneficios según el Programa DeltaCare USA

ESTA MATRIZ ES SOLO UN RESUMEN Y SU PROPÓSITO ES PERMITIR LA COMPARACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE COBERTURA. DEBERÁ CONSULTAR ESTA ENMIENDA PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DEL PROGRAMA.

Deducibles	
Ninguno	
Cantidad Máxima de Cobertura Vitalicia	
Ninguno	
Gasto Máximo de Bolsillo	
Los servicios dentales pediátricos cubiertos se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan de su <i>EOC</i> del Plan de Salud. Para obtener más información sobre su Gasto Máximo de Bolsillo del Plan, consulte su <i>EOC</i> del Plan de Salud.	
Servicios Profesionales	
Es posible que se le requiera a un Afiliado el pago de un monto del Costo Compartido para cada procedimiento, como se muestra en el <i>Anexo A, Descripción de los Beneficios y los Costos Compartidos para Afiliados Pediátricos</i> , sujeto a las limitaciones y las exclusiones del Programa. Rangos del Costo Compartido por categoría de servicio.	
Los ejemplos son los siguientes:	
Servicios de Diagnóstico.....	Sin cargo
Servicios Preventivos.....	Sin cargo
Servicios de Restauración.....	\$20.00 - \$310.00
Servicios de Endodoncia	\$20.00 - \$350.00
Servicios de Periodoncia.....	\$10.00 - \$350.00
Servicios de prostodoncia (extraíble).....	\$20.00 - \$350.00
Prótesis Maxilofaciales.....	\$35.00 - \$350.00
Servicios de Implante (solo Necesarios desde el Punto de Vista Médico)	\$25.00 - \$350.00
Servicios de Prostodoncia (fija)	\$40.00 - \$350.00
Cirugía Oral y Maxilofacial	\$30.00 - \$350.00
Servicios de Ortodoncia (solo Necesarios desde el Punto de Vista Médico)	\$1,000.00 - \$1,000.00
Servicios Generales Complementarios	Sin cargo - \$210.00
NOTA: Se aplican algunas limitaciones a la frecuencia con la que se pueden obtener algunos servicios. Por ejemplo: las limpiezas se limitan a una en un periodo de 6 meses.	
Servicios para Pacientes Ambulatorios	
Sin Cobertura	
Servicios de Hospitalización	
Sin Cobertura	
Cobertura Dental de Emergencia	
Los Beneficios de los Servicios Dentales de Emergencia proporcionados por un Dentista Fuera de la Red están limitados a la atención necesaria para estabilizar la condición del Afiliado o para brindar alivio paliativo.	
Servicios de Ambulancia	
Sin Cobertura	
Servicios de Medicamentos Recetados	
Sin Cobertura	
Equipo Médico Duradero	
Sin Cobertura	
Servicios de Salud Mental	
Sin Cobertura	
Servicios para la Farmacodependencia	
Sin Cobertura	

Servicios de Salud Domiciliaria
--

Sin Cobertura

Otros

Sin Cobertura

Cada procedimiento individual dentro de cada categoría que se incluye arriba y que está cubierta conforme al Programa tiene un Costo Compartido específico que se muestra en el *Anexo A, Descripción de Beneficios y Costo Compartido para Afiliados Pediátricos* en esta Enmienda.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, escriba o llame:

Línea Telefónica Gratuita
800-589-4618

Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Avisos importantes

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, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائقك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقتنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلق).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել 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: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Chinese: 我们每周 7 天，每天 24 小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（节假日除外）。

- 所有会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته به صورت رایگان در اختیار شماست. می توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت های دیگر را درخواست کنید. همچنین می توانید دستگاه ها و کمک های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به جز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hindi: बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Japanese: 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休で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、あるいは別の形式による資料もご希望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご希望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Khmer (Cambodian): ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7 일, 하루 24 시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Laotian: ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Mien: Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaiah 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaiah 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavg qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Navajo: Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jík'ah jóóní dooníwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bíbee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bízíkiníí wo'da'gí doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólqon'ígíí, 24 t'áadawo'íí, 7 t'áadawo'íígo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bílk'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ 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। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

Russian: Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY 711)

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Vietnamese: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ 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, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc 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. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de 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, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ♦ intérpretes calificados,
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. 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 proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

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**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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 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. 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

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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