

PRIMERA PÁGINA (Portada)

Información Importante Adjunta sobre los Beneficios Evidencia de Cobertura

Acerca de esta Evidencia de Cobertura (EOC)

Esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) describe la cobertura de atención médica proporcionada conforme al Acuerdo entre Kaiser Foundation Health Plan of Colorado y su Grupo. En esta EOC, algunas veces nos referimos a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado como “Plan”, “nos” o “nosotros”. Algunas veces nos referimos a los Miembros como “usted”. Algunas veces nos referimos a Fuera del Plan de Salud como “Fuera del Plan”. Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta EOC; consulte la sección “Definiciones” para ver los términos que debe conocer.

Esta EOC es para el año de contrato 2021 de su Grupo.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados
 - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 2500 South Havana, Aurora, CO 80014 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: 1-800-632-9700.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Ḑāsóò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̐ Ḑàsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̐ gbo kpáá. Dá **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diiri gi. Kpoo **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY: **711**) फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

LISTA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

Esta Lista de beneficios analiza lo siguiente:

I. DEDUCIBLES (si corresponde)

II. GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO (OPM) ANUALES

III. COPAGOS Y COSEGUROS

IV. EDAD LÍMITE DEL DEPENDIENTE

INFORMACIÓN IMPORTANTE: LÉALA

Esta Lista de beneficios no describe por completo los Servicios cubiertos conforme a esta EOC. ***Para entender por completo los beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a su cobertura conforme a este plan, es importante que lea esta EOC junto con esta Lista de beneficios.*** Consulte el encabezado de la sección “Beneficios y cobertura (qué se cubre)” y la sección “Limitaciones y exclusiones (qué no se cubre)” de esta EOC.

Es posible que los Servicios que reciba se mencionen en varias secciones de esta Lista de beneficios (por ejemplo, puede que aparezca información sobre fracturas de brazo en Servicios en el consultorio, Equipo médico duradero, Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías). Para obtener información sobre el Copago, el Coseguro y el Deducible correspondientes, consulte las secciones adecuadas.

Usted debe pagar los Copagos o Coseguros que correspondan a los Servicios que se brinden como parte de otros Servicios para pacientes ambulatorios o junto con estos, que incluyen, entre otros, visitas al consultorio, Servicios de Emergencia, atención de urgencia y cirugía para pacientes ambulatorios.

A continuación encontrará información importante que debe tener en cuenta al momento de leer esta Lista de beneficios:

1. Para que un Servicio esté cubierto:
 - a. el Servicio debe ser Necesario desde el Punto de Vista Médico (consulte la sección “Definiciones” en esta EOC); **y**
 - b. un Proveedor del Plan debe proporcionar, recetar, recomendar o dirigir el Servicio; **y**
 - c. el Servicio debe estar descrito en esta EOC como un Servicio cubierto. Consulte la sección “Beneficios y cobertura (qué se cubre)”.
2. Los Cargos por sus Servicios no siempre se conocen en el momento en que usted recibe el Servicio. Usted **recibirá una factura** por cualquier Deducible, Copago o Coseguro que no se conozca en el momento en que usted reciba el Servicio.
3. Los Deducibles, los Copagos o los Coseguros que se mencionan aquí se aplican para los Servicios cubiertos que se proporcionan a los Miembros inscritos en este plan. Únicamente los Servicios cubiertos se aplican al Deducible y a los Gastos Máximos de Bolsillo (Out-of-Pocket Maximum, OPM). Los Servicios sin cobertura no se aplican al Deducible ni a los OPM.
4. Los Copagos por los Servicios deben pagarse en el momento en que usted recibe el Servicio. También es posible que deba pagar los Deducibles o el Coseguro en el momento en el que recibe el Servicio.
5. Excepto por el n.º 6 que sigue, es posible que usted sea responsable de cualquier monto que supere los Cargos elegibles además de cualquier Copago o Coseguro.
6. Ni un Proveedor Fuera del Plan ni un Centro que no Pertenezca al Plan le facturará un saldo en los casos de Servicios de Emergencia que haya recibido en Centros que no Pertenezcan al Plan o Servicios que brinde un Proveedor Fuera del Plan en un Centro del Plan. Usted será responsable de pagar la misma cantidad de Deducible, Copago o Coseguro que pagaría si hubiera recibido la atención por parte de un Proveedor del Plan o en un Centro del Plan.
7. Se le pueden cobrar Deducibles, Copagos o Coseguros por separado por los Servicios adicionales que reciba durante su consulta o si recibe Servicios de más de un proveedor durante la consulta.
8. Nos reservamos el derecho a reprogramar la atención que no sea de emergencia ni de rutina si usted no paga todo el monto que debe pagar cuando reciba el Servicio.

9. Para los artículos pedidos con anticipación, usted paga los Deducibles, los Copagos o los Coseguros vigentes en la fecha del pedido.
10. Usted, como Suscriptor, es responsable de pagar cualquier Deducible, Copago o Coseguro en el que hayan incurrido sus Dependientes inscritos en el Plan.
11. Si usted es la única persona en su plan, su plan se volverá un plan familiar al agregar a su plan a cualquier Dependiente elegible. Esto incluye, entre otros, cualquier adición temporal a su plan, como la cobertura de un recién nacido por 31 días, como lo requiere la ley estatal.

I. DEDUCIBLES

No hay un Deducible de servicios médicos. Si su Grupo compró un beneficio de medicamentos recetados adicional con un Deducible de farmacia, los pagos realizados por los medicamentos recetados únicamente se aplican al Deducible de farmacia.

El Deducible de farmacia representa el monto total que usted debe pagar por los medicamentos recetados antes de que se aplique cualquier Copago o Coseguro. Los medicamentos recetados pueden o no estar sujetos al Deducible de farmacia. Depende del plan que su Grupo haya comprado.

- A. Para los medicamentos recetados que **ESTÁN** sujetos al Deducible de farmacia:
 1. Debe pagar los cargos totales de los medicamentos recetados hasta que alcance el Deducible de farmacia. Consulte “III. Copagos y Coseguros”, “Medicamentos, suministros y suplementos” para conocer qué medicamentos de venta con receta están sujetos al Deducible de farmacia.
 2. Una vez que haya alcanzado el Deducible de farmacia para el Período de Acumulación, pagará por el resto del Período de Acumulación el Copago o el Coseguro aplicable para esos medicamentos recetados sujetos al Deducible de farmacia (consulte “III. Copagos y Coseguros”, “Medicamentos, suministros y suplementos”).
 3. Es posible que su Copago, Coseguro y Deducible de farmacia correspondientes no apliquen a su Gasto Máximo de Bolsillo (OPM) anual (consulte “II. Gastos Máximos de Bolsillo anuales”).
- B. Para los medicamentos recetados que **NO ESTÁN** sujetos al Deducible de farmacia: siempre se aplicará su Copago o Coseguro, como se indica en “III. Copagos y Coseguros”, “Medicamentos, suministros y suplementos”.

II. GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO ANUALES

Los OPM limitan el monto total que usted debe pagar durante el Período de Acumulación para ciertos Servicios cubiertos. Los Servicios cubiertos pueden o no aplicarse a los OPM (consulte “III. Copagos y Coseguros”). Depende del plan que su Grupo haya comprado.

En el caso de los Servicios cubiertos que se aplican a los OPM, todos los montos que excedan los Cargos correspondientes no se aplicarán a los OPM.

- A. Para los Servicios cubiertos que **SE APLICAN** al OPM.
 1. Los únicos Copagos o Coseguros **que se aplican** a los OPM son aquellos realizados para los Servicios cubiertos que, según se menciona, **se aplican** a los OPM (consulte “III. Copagos y Coseguros”).
 2. Una vez que alcance su OPM, ya no pagará por los Servicios cubiertos **que se aplican** al OPM por el resto del Período de Acumulación.
- B. Para los Servicios cubiertos que **NO SE APLICAN** al OPM.
 1. Los únicos Copagos o Coseguros que **no se aplican** a los OPM son aquellos realizados para los Servicios cubiertos que, según se menciona, **no se aplican** a los OPM (consulte “III. Copagos y Coseguros”).
 2. Una vez que alcance su OPM, usted seguirá pagando por los Servicios cubiertos que **no se aplican** al OPM por el resto del Período de Acumulación.

Registro de los Deducibles y Gastos de su Bolsillo

Una vez que usted haya recibido los Servicios y que hayamos procesado la reclamación por los Servicios prestados, le proporcionaremos una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). La EOB especificará los Servicios que usted recibió, el costo de esos Servicios y los pagos realizados por los Servicios. También incluirá la información sobre qué parte de los pagos se aplicaron a los montos de sus Deducibles u OPM.

Para obtener más información sobre los montos de su Deducible u OPM, por favor, llame a **Servicio a los Miembros** o vaya a **kp.org/espanol**.

Beneficios para CEBT
35545 - 208

III. COPAGOS Y COSEGUROS

Nota: Los límites de dinero, consultas y días, los Deducibles y los Gastos Máximos de Bolsillo se basan en un Período de Acumulación de un año calendario.

Gasto Máximo de Bolsillo	
OPM INTEGRADO	\$5,000, Individual por Período de Acumulación \$10,000, Familiar por Período de Acumulación
Un OPM Integrado significa lo siguiente:	
• Cada Miembro de la familia tiene su propio OPM. • Si un Miembro de la familia alcanza el OPM individual antes de que se alcance el OPM de la familia, esa persona dejará de pagar Copagos o Coseguros por los Servicios cubiertos que se apliquen al OPM por el resto del Período de Acumulación. • Luego de que se alcance el OPM de la familia, todos los Miembros de la familia dejarán de pagar Copagos o Coseguros por los Servicios cubiertos que se apliquen al OPM por el resto del Período de Acumulación. Esto se cumple incluso para los Miembros de la familia que no hayan alcanzado su OPM individual.	

Servicios en el Consultorio	Usted Paga
Nota: Se podrían aplicar cargos adicionales por los Servicios que se describen en otras partes de esta Lista de beneficios.	
Consultas de atención médica primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$45 por consulta
Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$60 por consulta
Consultas con farmacéuticos clínicos (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$45 por consulta
Evaluación y pruebas para detectar alergias	
• Consultas de atención médica primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Consulta: Copago de \$45 por consulta
• Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Consulta: Copago de \$60 por consulta
Inyecciones para las alergias (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$45 por consulta Se podría aplicar un cargo adicional por el suero para alergias.
Consultas de atención ginecológica (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$60 por consulta
Consultas prenatales y posparto de rutina (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
Medicamentos administrados en el consultorio (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Coseguro del 20 %
• Vacunas para viajeros (No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin cobertura
Servicios de atención virtual	
• Correo electrónico	
○ Consultas de atención primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
○ Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
• Chat con un proveedor en línea por medio de kp.org/espanol	
○ Consultas de atención primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
○ Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
• Consultas telefónicas	
○ Consultas de atención primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
○ Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
• Videoconsultas	
○ Consultas de atención primaria (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
○ Consultas de atención especializada (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo

Servicios Quirúrgicos y Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Usted Paga
Nota: Se podrían aplicar cargos adicionales por los Servicios que se describen en otras partes de esta Lista de beneficios.	
Cirugía para pacientes ambulatorios en un Centro del Plan (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Centro de cirugía ambulatoria: Copago de \$300 por cirugía Hospital para pacientes ambulatorios: Copago de \$750 por cirugía
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Coseguro del 20 %, hasta \$750

Atención para Pacientes Hospitalizados	Usted Paga
<i>(Consulte Atención para pacientes hospitalizados en "Beneficios y cobertura [qué se cubre]" en esta EOC para obtener la lista de Servicios cubiertos). (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$1,500 por hospitalización
Servicios profesionales para pacientes hospitalizados <i>(Consulte la fila anterior en "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i>	Consulte la fila anterior en "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener información sobre el Copago o Coseguro correspondiente
Medicina Alternativa	Usted Paga
Atención quiropráctica - Evaluación o manipulación <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Servicios de laboratorio o radiografías necesarios para la atención quiropráctica <i>(Consulte "Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías" para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por cada consulta Límite de 20 consultas por Período de Acumulación Consulte Disposiciones adicionales Consulte "Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías" para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes
Servicios de acupuntura <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Servicios de Ambulancia	Usted Paga
<i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro del 20 % Hasta \$500 por viaje
Cirugía Bariátrica	Usted Paga
<i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro del 30 %
Servicios Dentales después de una Lesión Accidental	Usted Paga
<i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Atención para Diálisis	Usted Paga
<i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$60 por consulta
Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y Prostética y Ortopedia	Usted Paga
Equipo médico duradero <i>(se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo Consulte las Disposiciones adicionales
- Sacaleches <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Medidores de flujo máximo <i>(se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Aparatos protésicos	
- Aparatos protésicos implantados internamente <i>(Consulte "Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios" o "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i> - Prótesis de pierna o brazo <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Todos los demás aparatos protésicos <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Consulte "Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios" y "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes Sin Cargo Sin Cargo

Aparatos ortésicos (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
Oxígeno (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Sin Cargo
Límite máximo que paga el Plan de Salud por el equipo médico duradero, y ciertos aparatos protésicos y ortésicos	No corresponde

Servicios de Emergencia	Usted Paga
Nota: Se podrían aplicar cargos adicionales por los Servicios que se describen en otras partes de esta Lista de beneficios. Si recibe Servicios de observación, consulte “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre el Copago o Coseguro aplicable.	
Visitas a salas de emergencias que sean parte o no del Plan y Servicios cubiertos que estén relacionados, a menos que se especifique lo contrario (cobertura las 24 horas del día) (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$250 por consulta Se excluyen los procedimientos especiales de radiografías. No se aplica el Copago si ingresa directamente como paciente hospitalizado. Si el monto anterior corresponde a un Coseguro, este se aplica si ingresa directamente como paciente hospitalizado. Si se excluyen los procedimientos especiales de radiografías, consulte “Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías” para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes.

Atención de Urgencia	Usted Paga
Nota: Se podrían aplicar cargos adicionales por los Servicios que se describen en otras partes de esta Lista de beneficios.	
Centro del Plan dentro del Área de Servicio (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$50 por consulta
Atención de urgencia fuera del Área de Servicio (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)	Copago de \$50 por consulta

Servicios de Planificación Familiar y Esterilización	Usted Paga
Asesoramiento sobre planificación familiar (Consulte “Servicios en el consultorio” para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).	Consulte “Servicios en el consultorio” para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes.
Cirugías y procedimientos para pacientes externos o ambulatorios relacionados (Consulte “Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).	Consulte “Servicios en el consultorio” o “Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios” para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes.

Servicios de Educación para la Salud	Usted Paga
Capacitación para el cuidado personal y la atención preventiva (Consulte “Servicios en el consultorio” para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).	Consulte “Servicios en el consultorio” para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes.

Servicios para la Audición	Usted Paga
Exámenes y pruebas de audición que lleve a cabo un audiólogo para determinar si es necesaria una corrección auditiva <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta
Exámenes y pruebas de audición que lleve a cabo un especialista que no sea audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$60 por consulta
Aparatos auditivos para Miembros de hasta 18 años de edad <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta
Consultas para ajustes y revisiones <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta
Audífonos para Miembros mayores de 18 años de edad <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Crédito de \$1,750 por oído cada 36 meses Consulte Disposiciones adicionales
Consultas para ajustes y revisiones <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta
Atención Médica a Domicilio	Usted Paga
Servicios de salud a domicilio proporcionados en el hogar e indicados por un Proveedor del Plan <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Cuidados Paliativos	Usted Paga
Programa de Servicios especiales para Miembros elegibles para cuidados paliativos, pero que todavía no han elegido esa opción <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Cuidados paliativos para pacientes terminales <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Servicios de Salud Mental	Usted Paga
Hospitalización psiquiátrica <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$1,500 por hospitalización
Límite de días para pacientes hospitalizados	No corresponde
Servicios profesionales para pacientes psiquiátricos hospitalizados <i>(Consulte la fila anterior en "Servicios de salud mental", "Hospitalización psiquiátrica" para obtener información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i>	Consulte la fila anterior en "Servicios de salud mental", "Hospitalización psiquiátrica" para obtener información sobre el Copago o Coseguro correspondiente
Terapia individual o terapia intensiva para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta Copago de \$45 por día de hospitalización parcial
Terapia grupal para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago del 50 % correspondiente a la terapia individual

Beneficios Fuera del Área	Usted Paga
Los siguientes Servicios se limitan a los Dependientes de hasta 26 años que se encuentran fuera del Área de Servicio.	
Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios <i>(Límite de visitas al consultorio combinadas de servicios de atención primaria, atención especializada, servicios de salud mental y para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, atención ginecológica, examen de audición, vacunas preventivas, atención preventiva y administración de inyecciones para las alergias).</i> <i>Consulta: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Otros Servicios: (No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Vacunas preventivas: (Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Límite de consultas: Límite de 5 consultas por Período de Acumulación Consulta: Copago de \$45 Otros Servicios que se reciben durante una visita al consultorio: Sin cobertura Vacunas preventivas: Sin Cargo
Servicios de radiografías de diagnóstico <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Límite de radiografías de diagnóstico: limitado a 5 radiografías diagnósticas por Período de Acumulación Coseguro del 20 %
Consultas relacionadas con fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Límite de consultas de terapia: Limitado a 5 consultas de terapia (cualquier combinación) por Período de Acumulación Consulta: Copago de \$45
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Surtido de medicamentos recetados: Limitado a 5 surtidos de medicamentos recetados (cualquier combinación) por Período de Acumulación Coseguro de 50 % para medicamentos genéricos/Coseguro de 50 % para medicamentos de marca/Coseguro de 50 % para medicamentos no preferidos/Coseguro de 50 % para medicamentos especializados Coseguro del 20 %
Copago o Coseguro (excepto como se menciona a continuación) <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	
Suministros recetados para la diabetes <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	
- Medicamentos preventivos - Medicamentos anticonceptivos <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Artículos de venta libre (over the counter, OTC) <i>(Artículos de venta libre según lo dispuesto por las leyes federales)</i> <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Medicamentos para dejar de fumar <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo Sin Cargo Sin Cargo
Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación Interdisciplinaria	Usted Paga
Tratamiento para pacientes hospitalizados en un programa de rehabilitación interdisciplinario que se ofrece en un centro de rehabilitación <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo Hasta 60 días por condición por Período de Acumulación
Consultas relacionadas con fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios a corto plazo <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	
Servicios de habilitación	Copago de \$45 por consulta Límite de 20 consultas por terapia por Período de Acumulación
Servicios de rehabilitación	Copago de \$45 por consulta Límite de 20 consultas por terapia por Período de Acumulación
Consultas para pacientes ambulatorios relacionadas con fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para tratar un trastorno del espectro autista <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta

Servicios de comportamiento aplicado	
Análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA) <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 cada consulta
Rehabilitación pulmonar <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	
Copago de \$45 cada consulta	
Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos	Usted Paga
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	
Deducible de farmacia	No corresponde
Copago o Coseguro (excepto como se menciona a continuación)	\$20 para medicamentos genéricos/ \$40 para medicamentos de marca/ \$60 para medicamentos no preferidos
Medicamentos para la infertilidad <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Insulina	El Copago o el Coseguro que se aplique tendrá un límite de \$100 para un suministro de hasta 30 días
o Suministros recetados <i>(Cuando se obtienen de fuentes designadas por Kaiser Permanente)</i> <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro del 20 %
Artículos de venta libre (OTC) <i>(Artículos de venta libre [OTC] que exige el gobierno federal. Para adquirir los OTC se necesita una receta médica y se deben surtir en una farmacia de Kaiser Permanente).</i>	Sin Cargo
Anticonceptivos recetados <i>(El límite de suministros depende de la ley correspondiente)</i> <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Medicamentos de nivel preventivo <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Consulte el Copago o el Coseguro correspondiente para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
Medicamentos para la disfunción sexual <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Medicamentos especializados <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro de 20 %, hasta \$250 por medicamento surtido
Medicamentos para dejar de fumar <i>(No están sujetos al Deducible de farmacia)</i>	Sin Cargo
Límite de suministro	
Límite de días de suministro	30 días
Límite de suministro en pedidos por correo	\$40 para medicamentos genéricos/\$80 para medicamentos de marca/\$120 para medicamentos no preferidos Hasta 90 días Consulte Disposiciones adicionales

Servicios de Atención Preventiva	Usted Paga
Consultas de atención preventiva <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> • Pruebas de detección y exámenes de atención preventiva para adultos • Evaluaciones de salud del comportamiento • Pruebas de detección y exámenes para el bienestar de la mujer • Exámenes de bienestar infantil • Vacunas	Sin Cargo Consulte Disposiciones adicionales
Pruebas de detección de cáncer colorrectal <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> • Colonoscopias • Sigmoidoscopias flexibles	Sin cargo Sin Cargo
Servicios de atención preventiva virtual <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> • Correo electrónico • Chat con un proveedor en línea por medio de kp.org/espanol • Teléfono • Videoconsultas	Sin Cargo
Servicios cubiertos no preventivos que se reciben junto con los exámenes de atención preventiva	Consulte “Servicios en el consultorio” o “Servicios de laboratorio” para obtener más información sobre los Copagos o Coseguros correspondientes
Cirugía Reconstructiva	Usted Paga
<i>(Consulte “Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios” o “Atención para pacientes hospitalizados” para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i>	Consulte “Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios” o “Atención para pacientes hospitalizados” para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes
Servicios de Apoyo para la Salud Reproductiva	Usted Paga
Servicios cubiertos para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad (incluidos análisis de laboratorio y radiografías) <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro del 50 % Consulte Disposiciones adicionales
Inseminación intrauterina (Intrauterine Insemination, IUI) <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Coseguro del 50 % Consulte Disposiciones adicionales
Fecundación in Vitro (In Vitro Fertilization, IVF) <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Transferencia intrafalopiana de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT) <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Transferencia intrafalopiana de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT) <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Atención en un Centro de Enfermería Especializada	Usted Paga
<i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$1,500 por hospitalización Límite de 100 días por Período de Acumulación

Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias	Usted Paga
Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$1,500 por hospitalización
Servicios profesionales de desintoxicación médica para pacientes hospitalizados <i>(Consulte la fila anterior en "Servicios para la farmacodependencia", "Desintoxicación médica para pacientes hospitalizados" para obtener información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i>	Consulte la fila anterior en "Servicios para la farmacodependencia", "Desintoxicación para pacientes hospitalizados" para obtener información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes
Terapia individual o terapia intensiva para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$45 por consulta Copago de \$45 por día de hospitalización parcial
Terapia grupal para pacientes ambulatorios <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago del 50 % correspondiente a la terapia individual
Rehabilitación en un centro residencial <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$1,500 por hospitalización
Servicios de Trasplante	Usted Paga
<i>(Consulte "Servicios en el consultorio", "Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios" o "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener más información sobre el Gasto Máximo de Bolsillo).</i>	Consulte "Servicios en el consultorio", "Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios" o "Atención para pacientes hospitalizados" para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes
Servicios para la Vista y Ópticos	Usted Paga
Exámenes de los ojos para el tratamiento de lesiones o enfermedades	Consulte "Servicios en el consultorio" para obtener más información sobre los Copagos o los Coseguros correspondientes
Examen de los ojos de rutina llevado a cabo por un optometrista	
- Miembros menores de 19 años y hasta terminar el año calendario en el que los cumplan <i>Consulta: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Prueba de refracción: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Miembros mayores de 19 años de edad <i>Consulta: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Prueba de refracción: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Consulta: Copago de \$45 por consulta Prueba: Copago de \$45 por consulta Consulta: Copago de \$45 por consulta Prueba: Copago de \$45 por consulta
Examen de los ojos de rutina llevado a cabo por un oftalmólogo	
- Miembros menores de 19 años y hasta terminar el año calendario en el que los cumplan <i>Consulta: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Prueba de refracción: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Miembros mayores de 19 años de edad <i>Consulta: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> <i>Prueba de refracción: (Se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Consulta: Copago de \$60 por consulta Prueba: Copago de \$60 por consulta Consulta: Copago de \$60 por consulta Prueba: Copago de \$60 por consulta
Equipo óptico	
- Miembros menores de 19 años y hasta terminar el año calendario en el que los cumplan <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Miembros mayores de 19 años de edad <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura Sin cobertura

Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías	Usted Paga
Servicios de laboratorio de diagnóstico <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Servicios de radiografías de diagnóstico <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin Cargo
Servicios de radiografías terapéuticas <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Copago de \$60 por consulta
Procedimientos especiales de radiografías que incluyen, entre otros, tomografías computarizadas (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), imágenes por resonancia magnética (Magnetic resonance imaging, MRI) y medicina nuclear <i>(Se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i> - Los procedimientos para diagnóstico incluyen los medicamentos administrados. - Los procedimientos terapéuticos pueden incurrir en costos adicionales por los medicamentos administrados. <i>(Consulte “Servicios en el consultorio” para obtener más información sobre “Medicamentos administrados en el consultorio”)</i>	Copago de \$250 por procedimiento El Copago no se aplica si el procedimiento especial de radiografía se lleva a cabo durante una consulta en la sala de emergencias y usted ingresa directamente como paciente hospitalizado. Si el monto anterior corresponde a un Coseguro, este se aplica si ingresa directamente como paciente hospitalizado.

Beneficio Plus	Usted Paga
Límite máximo por Período de Acumulación	No corresponde
Consultas de atención preventiva con un Proveedor Fuera del Plan <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Consultas de atención primaria e inyecciones para las alergias, exámenes de audición, consultas de terapia individual para la salud mental y trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, y consultas de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios a corto plazo con un Proveedor Fuera del Plan. Las consultas incluyen correo electrónico, chat en línea, consultas por teléfono o video. <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Consultas de atención especializada y de atención ginecológica, exámenes de audición, pruebas de alergias y evaluaciones con un Proveedor Fuera del Plan. Las consultas incluyen correo electrónico, chat en línea, consultas por teléfono o video. <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Servicios cubiertos recibidos durante una visita al consultorio de un Proveedor Fuera del Plan, inyecciones para las alergias, equipo médico duradero, radiografías de diagnóstico y Servicios de laboratorio, y anticonceptivos implantables o inyectables <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Surtido máximo de medicamentos recetados por Período de Acumulación	No corresponde
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios surtidos en una Farmacia Fuera del Plan <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios recetados por un Proveedor Fuera del Plan y surtidos en una Farmacia del Plan <i>(No se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo)</i>	Sin cobertura

IV. EDAD LÍMITE DEL DEPENDIENTE

La edad límite del Dependiente descrita en Dependientes de la sección “Elegibilidad” de la EOC es el final del mes en el que se cumple los 26 años. Un hijo Dependiente seguirá siendo elegible hasta que el Dependiente alcance esta edad o si sigue cumpliendo los demás requisitos de elegibilidad. Para obtener información adicional sobre los Dependientes elegibles, incluidos ciertos Dependientes que superan la edad límite, consulte la sección “Elegibilidad” en la EOC.

Disposiciones Adicionales

Consulte “Disposiciones adicionales” para obtener cualquier información adicional que se aplique a su cobertura.

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

Citas y Consejos Médicos (enfermeros consejeros): disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana

LLAME AL 303-338-4545 o a la línea telefónica gratuita **1-800-218-1059**

TTY 711

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

Salud del Comportamiento

LLAME AL 303-471-7700 o a la línea telefónica gratuita **1-866-359-8299**

Los Miembros que buscan Servicios para la salud del comportamiento en el sur de Colorado, deben llamar al **1-866-702-9026**.

TTY 711

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

Servicio a los Miembros

LLAME AL 303-338-3800 o a la línea telefónica gratuita al **1-800-632-9700**

TTY 711

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

FAX 303-338-3444

ESCRIBA A Member Services
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
2500 South Havana Street
Aurora, CO 80014-1622

SITIO WEB kp.org/espanol

Servicios Financieros para Pacientes

LLAME AL 303-743-5900 o a la línea telefónica gratuita **1-800-632-9700**

TTY 711

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

ESCRIBA A Patient Financial Services
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
2500 South Havana Street, Suite 500
Aurora, CO 80014-1622

Appeals Program

LLAME AL	303-344-7933 o a la línea telefónica gratuita 1-888-370-9858
TTY	711 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
FAX	1-866-466-4042
ESCRIBA A	Appeals Program Kaiser Foundation Health Plan of Colorado P.O. Box 378066 Denver, CO 80237-8066

Departamento de Reclamaciones

LLAME AL	303-338-3600 o a la línea telefónica gratuita 1-800-382-4661
TTY	711 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente National Claims Administration - Colorado P.O. Box 373150 Denver, CO 80237-3150

Administración de la Membresía

ESCRIBA A	Membership Administration Kaiser Foundation Health Plan of Colorado P.O. Box 203004 Denver, CO 80220-9004
------------------	--

Oficinas Administrativas de Trasplantes

LLAME AL	303-636-3131
TTY	711 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el Servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

ÍNDICE

LISTA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

PRIMERA PÁGINA (PORTADA)

COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

ÍNDICE

I. ELEGIBILIDAD	1
A. Quién es elegible	1
1. General	1
2. Suscriptores	1
3. Dependientes	1
B. Inscripción y fecha de vigencia de la cobertura	1
1. Empleados nuevos y sus dependientes	1
2. Miembros que son pacientes hospitalizados en la fecha de vigencia de la cobertura	1
3. Inscripción especial debido a Dependientes adquiridos recientemente.....	1
4. Inscripción especial	2
5. Inscripción abierta	2
6. Personas que tienen prohibido inscribirse	2
II. CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS.....	2
A. Su médico de cabecera	3
1. Cómo escoger a su médico de cabecera	3
2. Cómo cambiar de médico de cabecera	3
B. Acceso a otros proveedores.....	3
1. Referencias y autorizaciones	3
2. Referencias para atención especializada.....	3
3. Segundas opiniones	4
C. Centros del Plan	4
D. Cómo recibir la atención que necesita.....	4
E. Visitas a otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser	5
F. Cómo usar su tarjeta de identificación del Plan de Salud.....	5
III. BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)	5
A. Servicios en el consultorio	6
B. Servicios quirúrgicos y hospitalarios para pacientes ambulatorios.....	6
C. Atención para pacientes hospitalizados	7
1. Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan	7
2. Exclusiones a la atención para pacientes hospitalizados	7
D. Servicios de ambulancia y otros medios de transporte	7
1. Cobertura	7
2. Exclusiones de los Servicios de ambulancia	7
E. Ensayos clínicos	7
1. Cobertura (se aplica solamente a los planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad)	7
2. Exclusiones de los ensayos clínicos	8
F. Atención para diálisis	8
G. Equipo médico duradero (DME) y aparatos protésicos y ortopédicos.....	8
1. Equipo médico duradero (DME)	9
2. Aparatos protésicos	9
3. Aparatos ortésicos	9
H. Servicios de intervención en la primera infancia	10
1. Cobertura	10
2. Limitaciones	10
3. Exclusiones en los Servicios de intervención en la primera infancia	10
I. Servicios de Emergencia y atención de urgencia	10
1. Servicios de Emergencia	10
2. Atención de urgencia	11

J.	Servicios de planificación familiar y esterilización	12
1.	Cobertura	12
2.	Exclusiones relacionadas con los Servicios de esterilización y planificación familiar	12
K.	Servicios de educación para la salud	12
L.	Servicios para la audición.....	12
1.	Miembros de hasta 18 años	12
2.	Miembros de 18 años en adelante	12
M.	Atención de salud domiciliaria	12
1.	Cobertura	12
2.	Exclusiones de la atención médica a domicilio.....	13
N.	Cuidados paliativos y Servicios especiales de cuidados paliativos.....	13
1.	Servicios especiales de cuidados paliativos	13
2.	Cuidados paliativos	13
O.	Servicios de salud mental	13
1.	Cobertura	13
2.	Exclusiones de los Servicios de salud mental	14
P.	Beneficios fuera del área	14
1.	Cobertura	14
2.	Exclusiones y limitaciones en los beneficios fuera del área.....	14
Q.	Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación interdisciplinaria	15
1.	Cobertura	15
2.	Limitaciones	15
3.	Exclusiones de los Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación interdisciplinaria	15
R.	Medicamentos recetados, suministros y suplementos	16
1.	Cobertura	16
2.	Limitaciones	17
3.	Exclusiones de los medicamentos recetados, suministros y suplementos.....	17
S.	Servicios de atención preventiva.....	18
T.	Cirugía reconstructiva	18
1.	Cobertura	18
2.	Exclusiones en cirugía reconstructiva	18
U.	Servicios de apoyo para la salud reproductiva	18
V.	Cuidados en un Centro de Atención de Enfermería Especializada	18
1.	Cobertura	18
2.	Exclusión en la atención en un Centro de Enfermería Especializada.....	18
W.	Servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias	19
1.	Servicios médicos y hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	19
2.	Rehabilitación en un centro residencial.....	19
3.	Servicios para pacientes ambulatorios.....	19
4.	Exclusión en los Servicios para tratar trastornos por abuso de sustancias	19
X.	Servicios para personas transgénero.....	19
Y.	Servicios de trasplante.....	19
1.	Cobertura	19
2.	Medicamentos recetados relacionados	19
3.	Términos y condiciones.....	19
4.	Exclusiones y limitaciones de los Servicios de trasplante	20
Z.	Servicios para la vista	20
1.	Cobertura	20
2.	Exclusiones en los Servicios para la vista	20
AA.	Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías	20
1.	Cobertura	20
2.	Exclusiones en las radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías	21
IV.	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO SE CUBRE)	21
A.	Exclusiones.....	21
B.	Limitaciones	24

C.	Reducciones	24
1.	Coordinación de beneficios (COB)	24
2.	Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros	27
3.	Embarazo tradicional o embarazo por encargo de terceros	28
V.	RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL MIEMBRO	29
VI.	PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN (CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN)	29
VII.	DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA	29
A.	Plan de acceso	29
B.	Acceso a Servicios para hablantes de otros idiomas	29
C.	Administración del acuerdo	29
D.	Instrucciones por anticipado	29
E.	Acuerdo vinculante para los Miembros.....	30
F.	Enmiendas al acuerdo.....	30
G.	Solicitudes y declaraciones	30
H.	Asignación	30
I.	Tarifas y gastos de abogados	30
J.	Facultad para revisión de reclamaciones	30
K.	Contratos con Proveedores del Plan.....	30
L.	Legislación aplicable	30
M.	El Grupo y los Miembros no son representantes del Plan de Salud	30
N.	Sin exención	30
O.	No discriminación	31
P.	Avisos	31
Q.	Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por adquisición	31
R.	Recuperación de pagos en exceso	31
S.	Prácticas de privacidad.....	31
T.	Servicios de valor agregado	32
U.	Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer	32
VIII.	CANCELACIÓN/PÉRDIDA DE LA RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN.....	32
A.	Cancelación de la membresía debido a la pérdida de elegibilidad.....	32
B.	Cancelación del acuerdo de Grupo.....	32
C.	Cancelación con causa	33
D.	Cancelación por falta de pago	33
E.	Cancelación de un producto o de todos los productos (se aplica solo a planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad).....	33
F.	Anulación de la membresía	33
G.	Continuación de la cobertura grupal bajo la ley federal, la ley estatal o USERRA	33
1.	Ley federal (COBRA)	33
2.	Ley estatal.....	33
3.	USERRA	34
H.	Cambio de domicilio fuera del Área de Servicio	34
I.	Mudanza a otra Área de Servicio del Plan de Salud regional de Kaiser	34
IX.	APELACIONES Y QUEJAS	34
A.	Reclamaciones y apelaciones	34
B.	Quejas.....	43
X.	INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DE PÓLIZAS Y TARIFAS	43
XI.	DEFINICIONES	43
DISPOSICIONES ADICIONALES		

I. ELEGIBILIDAD

A. Quién es Elegible

1. General

Para ser elegible para inscribirse y permanecer inscrito en este plan de beneficios de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de su Grupo que hemos aprobado. Se requiere que su Grupo informe a los Suscriptores acerca de los requisitos de elegibilidad del Grupo.
- También debe reunir los requisitos de elegibilidad del Suscriptor o Dependiente que se describen a continuación.
- El Suscriptor debe vivir o residir dentro de nuestra Área de Servicio. Nuestra Área de Servicio está descrita en la sección de “Definiciones”.

2. Suscriptores

Usted puede ser elegible para inscribirse como Suscriptor si tiene derecho a la cobertura de Suscriptor conforme a los requisitos de elegibilidad de su Grupo. Un ejemplo sería un empleado de su Grupo que trabaje al menos el número de horas estipulado en esos requisitos.

3. Dependientes

Si es un Suscriptor, las siguientes personas pueden ser elegibles para inscribirse como sus Dependientes conforme a este plan:

- Su Cónyuge. (Un Cónyuge puede ser una pareja en una unión civil válida en conformidad con la ley estatal).
- Sus hijos o los de su Cónyuge (incluidos los hijos adoptados y los menores entregados a usted en adopción) que tienen menos de la edad límite de dependientes que aparece en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
- Otras personas dependientes (excepto los menores en cuidado de crianza) que cumplan todos los requisitos que se detallan a continuación:
 - Tienen menos de la edad límite de dependientes que se indica en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
 - Usted o su Cónyuge es el tutor legal permanente designado por la corte (o lo fue antes de que la persona cumpliera 18 años).
- Sus hijos solteros o los de su Cónyuge que superen la edad límite para dependientes que aparece en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” y que estén certificados por el médico como dependientes discapacitados de usted o su cónyuge son elegibles para inscribirse o continuar la cobertura como sus Dependientes si cumplen los siguientes requisitos:
 - Son dependientes de usted o de su Cónyuge; y
 - Nos da pruebas anualmente de la discapacidad y dependencia del Dependiente si las solicitamos.
- El beneficiario designado por el Suscriptor estipulado por la ley de Colorado, si su empleador elige cubrir a los beneficiarios designados como dependientes.

Estudiantes con licencia médica. Los hijos dependientes que pierdan el estado de estudiantes dependientes en una institución de educación superior a causa de una licencia Necesaria desde el Punto de Vista Médico pueden continuar siendo elegibles para recibir la cobertura hasta lo que suceda antes, ya sea: (i) un año después del primer día de la licencia Necesaria desde el Punto de Vista Médico; o (ii) la fecha en que la cobertura del dependiente terminaría conforme a esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Debemos recibir un certificado por escrito de un médico tratante del hijo dependiente que establezca que el hijo está sufriendo una enfermedad o lesión seria y que la licencia u otro cambio en la inscripción es indicado por el médico.

Si su plan tiene requisitos de elegibilidad diferentes, consulte “Disposiciones adicionales”.

B. Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura

Las personas elegibles pueden inscribirse de la siguiente manera y la membresía comienza a las 12:00 a. m. de la fecha de vigencia de la membresía:

1. Empleados Nuevos y sus Dependientes

Si usted es un empleado nuevo, puede inscribirse usted y cualquier Dependiente elegible si envía una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo en un plazo de 31 días posteriores a que usted se vuelva elegible. Debe consultar a su Grupo para ver cuándo se vuelven elegibles los empleados nuevos. Su membresía entrará en vigor en la fecha especificada por su Grupo.

2. Miembros Que son Pacientes Hospitalizados en la Fecha de Vigencia de la Cobertura

Si usted es un paciente hospitalizado en un hospital o institución cuando su cobertura con nosotros entre en vigor y usted tenía otra cobertura cuando fue admitido, la ley estatal determinará si nosotros o su pagador terciario anterior será responsable del pago de su atención hasta la fecha del alta hospitalaria.

3. Inscripción Especial Debido a Dependientes Adquiridos Recientemente

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con cualquier Dependiente elegible) y los Suscriptores existentes pueden añadir Dependientes que reúnan los requisitos si se envía una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo en un plazo de 31 días contados a partir de la fecha en la que el Dependiente se haya vuelto elegible.

La fecha de vigencia de la membresía de los Dependientes (y, si corresponde, del nuevo Suscriptor) será:

- a. Para los recién nacidos, el momento del nacimiento. Su hijo recién nacido tiene cobertura por los primeros 31 días de vida. Esta cobertura responde a lo dispuesto por la ley estatal y no depende de su intención de agregar o no al recién nacido a este plan.

Para los Suscriptores existentes:

- i. Si añadir al hijo recién nacido a la cobertura del Suscriptor cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por esa cobertura, entonces, para que se mantenga la cobertura del recién nacido después del período de cobertura de los primeros 31 días, el Suscriptor debe (A) pagar el nuevo monto para la cobertura después del período de cobertura de los primeros 31 días; y (B) notificar al Plan de Salud en un plazo de 31 días posteriores al nacimiento del recién nacido.
- ii. Si añadir al hijo recién nacido a la cobertura del Suscriptor no cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por la cobertura, aun así el Suscriptor debe notificar al Plan de Salud después del nacimiento del recién nacido para que se inscriba al recién nacido en la cobertura del Plan de Salud del Suscriptor.
- b. Para los hijos adoptados recientemente (incluidos los hijos entregados en adopción recientemente), la fecha de adopción o de la entrega en adopción. Un niño adoptado elegible debe inscribirse en un plazo de 31 días contados a partir de la fecha en que el niño es puesto bajo su custodia o a la fecha del decreto final de la adopción.

Para los Suscriptores existentes:

- i. Si añadir al hijo adoptado recientemente a la cobertura del Suscriptor cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por esa cobertura, entonces, para que continúe la cobertura del hijo adoptado recientemente después del período de cobertura inicial de 31 días, el Suscriptor debe (A) pagar el nuevo monto para la cobertura después del período de cobertura inicial de 31 días; y (B) notificar al Plan de Salud en un plazo de 31 días contados a partir de la adopción del hijo o de la entrega en adopción.
- ii. Si añadir al hijo adoptado recientemente a la cobertura del Suscriptor no cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por la cobertura, aun así el Suscriptor debe notificar al Plan de Salud después de la adopción o de la entrega en adopción del hijo para que se inscriba a dicho hijo en la cobertura del Plan de Salud del Suscriptor.
- c. Para todos los demás Dependientes, si se inscriben en un plazo de 31 días posteriores a volverse elegibles, a más tardar el primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo haya recibido la solicitud de inscripción. Su Grupo le informará la fecha de vigencia de la membresía. Los Empleados y los Dependientes que no estén inscritos cuando acaban de volverse elegibles deben esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para volverse Miembros del Plan de Salud, a menos que: (i) se inscriban bajo circunstancias especiales, como lo acuerden su Grupo y el Plan de salud; o (ii) se inscriban conforme a las disposiciones descritas en “Inscripción Especial”.

4. Inscripción Especial

Usted o su Dependiente pueden atravesar un evento calificado de vida que dé lugar a un cambio en su inscripción. Algunos eventos calificados de vida son la pérdida de cobertura, que un Dependiente quede fuera del plan por la edad, un matrimonio y el nacimiento de un hijo. El evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) da lugar a un período de inscripción especial que, por lo general (aunque no siempre), inicia en la fecha en la que ocurre el evento calificado de vida y dura 30 días. Durante el período de inscripción especial, puede inscribir a sus Dependientes en este plan o, en algunos casos, puede cambiar de plan (puede que las opciones sean limitadas). Debe cumplir algunos requisitos para aprovechar un período de inscripción especial, como presentar una prueba del evento calificado de vida que usted o su Dependiente hayan atravesado. Para obtener más información sobre los eventos calificados de vida, los períodos de inscripción especial, cómo inscribirse o cambiar de plan (si se permite), los plazos para enviar información al Plan de Salud y otros requisitos, llame a **Servicio a los Miembros** y reciba una copia de la *Guía de inscripción especial* del Plan de Salud.

5. Inscripción Abierta

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con cualquier Dependiente elegible) y los Suscriptores existentes pueden añadir Dependientes que reúnan los requisitos si se envía una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo durante el período de inscripción abierta. Su Grupo le informará cuándo inicia y termina el período de inscripción abierta y la fecha de vigencia de la membresía.

6. Personas que Tienen Prohibido Inscribirse

No puede inscribirse si perdió su derecho a recibir los Servicios del Plan de Salud por incumplimiento.

II. CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS

Como Miembro, usted eligió nuestro programa de atención médica para brindarle atención de salud. Debe recibir todos los Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio, excepto como se describe en los siguientes encabezados:

- “Servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)” en “Servicios de Emergencia y atención de urgencia” en la sección de “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

- “Atención de urgencia Fuera del Área de Servicio” en “Servicios de Emergencia y atención de urgencia” en la sección de “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.
- “Beneficio Fuera del Área” en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.
- “Acceso a otros proveedores” en esta sección.
- “Visitas a otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser” en esta sección.
- “Beneficio Plus” si su Grupo lo adquiere. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para determinar si su Grupo adquirió esta cobertura.

En algunas circunstancias, puede que reciba Servicios de Emergencia o Servicios que no son de emergencia de un Proveedor Fuera del Plan o en un Centro que no Pertenece al Plan. **Los Servicios que no son de emergencia de Proveedores Fuera del Plan no están cubiertos a menos que los autoricemos.** Si los Servicios de un Proveedor Fuera del Plan o Centro que no Pertenece al Plan están autorizados, el Deducible, el Copago o el Coseguro para esos Servicios son los mismos que para los Servicios cubiertos recibidos de parte de un Proveedor del Plan. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de solicitar que un Proveedor del Plan brinde los Servicios.

A. Su Médico de Cabecera

Su médico de cabecera (primary care provider, PCP) tiene una función importante en la coordinación de sus necesidades de atención médica. Esto incluye las hospitalizaciones y las referencias a especialistas. Todos los miembros de su familia deben tener su propio PCP.

1. Cómo Elegir su Médico de Cabecera

Puede seleccionar un PCP de Medicina Familiar, Pediatría o Medicina Interna. Cuando sea posible, le recomendamos que elija un PCP cuyo consultorio se encuentre en un edificio de oficinas médicas de Kaiser Permanente. **Es posible que deba pagar un Copago o un Coseguro de mayor costo con ciertos proveedores. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para obtener más información.** También puede recibir una segunda opinión médica por parte de un Proveedor del Plan si la solicita. Consulte la sección “Segundas opiniones”.

Debe elegir un PCP cuando se inscriba. Si usted no selecciona un PCP cuando se inscriba, nosotros le asignaremos uno que se encuentre cerca de su hogar. Para ver la lista de Proveedores del Plan y sus biografías, visite kp.org/locations (en inglés). También puede obtener una copia del directorio si llama a **Servicio a los Miembros**. Para elegir un PCP, inicie sesión con su cuenta en línea o llame a **Citas y Consejos Médicos** para obtener ayuda para elegir a un PCP.

2. Cómo Cambiar de Médico de Cabecera

Por favor, llame a **Citas y Consejos Médicos** para cambiar su PCP. También puede cambiar de PCP por Internet o cuando visite un Centro de Atención del Plan. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

B. Acceso a Otros Proveedores

1. Referencias y Autorizaciones

Si su Proveedor del Plan decide que usted requiere Servicios cubiertos que no están disponibles por medio de nosotros, él o ella solicitará una referencia a un Proveedor Fuera del Plan. Si su Proveedor del Plan decide que usted requiere atención especializada que no es elegible para una autoreferencia, él o ella solicitará una referencia a un Proveedor del Plan de atención especializada. (Consulte la sección “Referencias a especialistas” a continuación).

Estas solicitudes de referencia se autorizarán o se denegarán. Sin embargo, puede haber circunstancias en las que el Plan de Salud autorice parcialmente la solicitud de referencias de su proveedor.

Una Autorización es una solicitud de referencia que obtuvo la aprobación del Plan de Salud. Una Autorización está limitada a un Servicio, un tratamiento, una serie de tratamientos y un período específicos. El proveedor o el centro al cual usted será remitido recibirá un aviso de Autorización y usted recibirá un aviso por escrito de la Autorización. En este aviso estará la información del proveedor. También se le informará cuáles son los Servicios autorizados y el período durante el cual la Autorización es válida.

Se requiere una Autorización para los Servicios prestados por Proveedores Fuera del Plan o un Centro que no Pertenece al Plan. Si el proveedor lo refiere a un Proveedor Fuera del Plan o a un Centro que no Pertenece al Plan, dentro o fuera del Área de Servicio, usted debe tener una Autorización por escrito para que podamos cubrir los Servicios.

Todos los Servicios de referencias se deben solicitar y autorizar por anticipado. No pagaremos por la atención prestada por un proveedor a no ser que esté específicamente autorizada por el Plan de Salud por anticipado. Una recomendación escrita o verbal de un proveedor de que usted recibe Servicios sin cobertura (sean o no Necesarios desde el Punto de Vista Médico) no se considera una Autorización y **no** se cubre.

2. Referencias para Atención Especializada

Generalmente, necesita una referencia y una Autorización previa para los Servicios (incluidas las consultas de rutina) de Proveedores del Plan de atención especializada. No necesita una referencia ni una Autorización previa para obtener acceso

a los servicios de cuidado de los ojos de parte de un Proveedor del Plan. No necesita una referencia ni una Autorización previa para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica por parte de un Proveedor del Plan que se especialice en obstetricia o ginecología.

Para obtener más información sobre los Servicios que requieren Autorización previa, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**. En el Directorio de proveedores de Kaiser Permanente, encontrará los Proveedores del Plan de atención especializada. El Directorio de proveedores está disponible en nuestro sitio web kp.org/locations (en inglés). Si necesita una copia impresa del Directorio de proveedores, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

Se requiere la Autorización del Plan de Salud para lo siguiente: (i) los Servicios adicionales a los provistos como parte de la visita al consultorio de rutina, como los procedimientos o cirugía; (ii) las consultas a Proveedores del Plan de atención especializada que no sean elegibles para las autoreferencias; y (iii) los Proveedores fuera del Plan. Tanto su PCP como un proveedor de atención especializada pueden generar la solicitud para estos Servicios. Si se aprueba la solicitud, el proveedor o el centro al cual usted será referido recibirá un aviso de Autorización y usted recibirá un aviso por escrito de la Autorización. En este aviso estará la información del proveedor. También se le informará cuáles son los Servicios autorizados y el período durante el cual la Autorización es válida.

Un Proveedor del Plan puede referirlo directamente para algunos Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados como una tomografía computarizada (TC) o una imagen por resonancia magnética (Magnetic resonance imaging, MRI). Sin embargo, para determinados Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados se necesita una Autorización.

3. Segundas Opiniones

Si la solicita, puede obtener una segunda opinión de un Proveedor del Plan sobre cualquier Servicio cubierto propuesto y estará sujeta al pago de cualquier Deducible, Copago o Coseguro que corresponda.

Si las recomendaciones del primer y del segundo proveedor difieren con respecto a la necesidad de Servicios, se puede cubrir una tercera opinión si el Plan de Salud la autoriza. Las terceras opiniones médicas no se cubren a menos que las autorice el Plan de Salud antes de que se presten los Servicios.

La Autorización para una segunda o tercera opinión se limita solo a una consulta y no incluye ningún Servicio adicional. Es posible que la Autorización de una segunda o tercera opinión se limite a proveedores en Edificios de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente.

C. Centros del Plan

Los Servicios están disponibles en los Centros del Plan ubicados convenientemente en toda el Área de Servicio. Le recomendamos que reciba Servicios de paciente ambulatorio de rutina en un Edificio de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente en el que con frecuencia se brindan todos los Servicios cubiertos que necesita, incluida la atención especializada. **Es posible que tenga un Copago o Coseguro diferente en determinados centros. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para obtener más información.**

Los Centros del Plan se muestran en nuestro directorio de proveedores, el cual actualizamos con regularidad. Puede obtener una copia actualizada del directorio si llama a **Servicio a los Miembros**. También puede obtener una lista de los Centros del Plan en nuestro sitio web. Visite kp.org/locations (en inglés).

D. Cómo Obtener la Atención que Necesita

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar del mundo. **Si considera que tiene una emergencia que pone en riesgo su vida o una extremidad, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** Para obtener información sobre la atención de emergencia, incluidos los Servicios de Emergencia fuera del Plan, y los beneficios de emergencia lejos del hogar, consulte “Servicios de emergencia” en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

Si necesita atención de urgencia, puede ir a uno de los Centros del Plan de atenciones de urgencia designados. Se aplicará el Copago o el Coseguro detallados en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” por la atención de urgencia recibida en los Centros del Plan. Para obtener información adicional sobre la atención de urgencia, consulte “Atención de urgencia” en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

No está cubierta la atención de urgencia recibida en un Centro que no Pertenece al Plan dentro de nuestra Área de Servicio. Si recibe atención por problemas médicos menores en Centros que no pertenecen al Plan dentro de nuestra Área de Servicio, es posible que sea responsable del pago por cualquier tratamiento recibido.

Puede haber ocasiones en las que necesite recibir atención de urgencia sin autorización fuera de nuestra Área de Servicio. Consulte “Atención de urgencia” en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)” para obtener información de cobertura sobre los Servicios de atención de urgencia fuera del Área de Servicio.

E. Visitas a Otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser

Puede recibir los servicios para miembros visitantes de otro plan de salud regional de Kaiser según lo indique el otro plan, el tiempo que hubiese durado la cobertura de esos Servicios según esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Las áreas de servicio del plan de salud regional de Kaiser se pueden modificar en cualquier momento. Actualmente son el Distrito de Columbia y partes de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, Virginia y Washington. Para obtener más información, llame a **Servicio a los Miembros**. Los servicios para Miembros visitantes estarán sujetos a los términos y condiciones estipulados en esta EOC que incluye, entre otros, los correspondientes a la autorización previa, el Deducible, el Copago, el Coseguro y limitaciones y exclusiones, como se describe con más detalle en el Folleto de miembro visitante disponible en línea en kp.org/viajero. Algunos servicios no están cubiertos como servicios para miembros visitantes.

Para obtener más información sobre cómo recibir servicios para miembros visitantes en otras áreas de servicio del plan de salud regional de Kaiser, incluidas las ubicaciones de proveedores y centros de atención, por favor, llame a la Línea de Atención para Viajeros al 951-268-3900. La información también está disponible en línea en kp.org/viajero.

F. Cómo Usar Su Tarjeta de Identificación del Plan de Salud

A cada Miembro se le emite una tarjeta de identificación del Plan de Salud con un número de historia clínica. Será útil cuando llame para pedir consejos, para programar una cita o cuando acuda al Proveedor del Plan para recibir atención. El número de historia clínica se usa para identificar su expediente médico y la información de la membresía. Usted siempre debe tener el mismo número de historia clínica. Por favor, llame a **Servicio a los Miembros** si: (1) alguna vez le emitimos involuntariamente más de un número de historia clínica; o (2) necesita reemplazar su tarjeta de identificación del Plan de Salud.

Su tarjeta de identificación del Plan de Salud se utilizará únicamente para fines de identificación. Para recibir los Servicios cubiertos, debe ser un Miembro activo del Plan de Salud. A las personas que no sean Miembros se les cobrará por cualquier Servicio que les hayamos prestado como no Miembros. Además, se rechazarán las reclamaciones por Servicios de Emergencia o que no sea de emergencia por parte de personas que no sean Miembros. Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación del Plan de Salud, tendremos derecho a retirarle la tarjeta y cancelar su afiliación.

Cuando reciba Servicios, tendrá que mostrar una identificación con fotografía y su tarjeta de identificación del Plan de Salud. Esto nos permite garantizar que la identificación sea adecuada y proteger mejor su cobertura e información médica de los fraudes. Si usted sospecha que usted o su membresía es víctima de fraude, por favor, llame a **Servicio a los Miembros** para informar su inquietud.

III. BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)

Los Servicios que se describen en esta sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)” están cubiertos únicamente si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico; y
- Un Proveedor del Plan proporciona, receta, recomienda o dirige el Servicio. Esto no aplica donde se notifique lo contrario en las siguientes secciones de esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC): (a) “Servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)” y “Atención de urgencia fuera del Área de Servicio” en “Servicios de Emergencia y atención de urgencia”; y (b) “Beneficios fuera del Área”; y (c) “Beneficio Plus” si lo adquiere su Grupo (consulte la sección “Lista de beneficios [quién paga qué]” para saber si su Grupo adquirió esta cobertura); y
- Usted recibe los Servicios por parte de Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio. Esto no aplica donde se notifique lo contrario en las siguientes secciones de esta EOC: (a) “Referencias y Autorizaciones” y “Referencias a especialidades”; y (b) “Servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)” y “Atención de urgencia fuera del Área de Servicio” en “Servicios de Emergencia y atención de urgencia”; y (c) “Beneficios fuera del Área”; y (d) “Visitas a otras Áreas de Servicio del Plan de Salud regional de Kaiser”; y (e) “Beneficio Plus” si lo adquiere su Grupo (consulte la sección “Lista de beneficios [quién paga qué]” para saber si su Grupo adquirió esta cobertura); y
- El proveedor recibió la Autorización previa para los Servicios, como corresponde; y
- Usted reunió todos los requisitos de Deducibles descritos en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Cubrimos las pruebas diagnósticas y el tratamiento del COVID-19 requerido por las leyes federales o leyes, regulaciones o boletines de Colorado.

Las exclusiones y las limitaciones que solo corresponden a un beneficio en particular se describen en esta sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”. Las exclusiones, limitaciones y reducciones que aplican a todos los beneficios se describen en la sección “Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)”.

Nota: Los Deducibles, Copagos o Coseguros se pueden aplicar a los beneficios y se describen a continuación. Para obtener una lista completa de los Deducibles, Copagos y Coseguros, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Usted debe pagar los Copagos o Coseguros que correspondan a los Servicios que se brinden como parte de otros Servicios para pacientes ambulatorios o junto con estos, que incluyen, entre otros, visitas al consultorio, Servicios de Emergencia, atención de urgencia y cirugía para pacientes ambulatorios.

A. Servicios en el Consultorio

Servicios en el Consultorio para Atención Preventiva, Diagnóstico y Tratamiento

Nosotros cubrimos, conforme a esta sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)” y sujetos a todas las limitaciones, exclusiones o excepciones específicas tal como figuran en toda esta EOC, los siguientes Servicios de consultorio para atención preventiva, diagnóstico y tratamiento, que incluyen los Servicios médicos profesionales de médicos y otros profesionales de la salud en el consultorio del médico, durante las consultas médicas, en un Centro de Enfermería Especializada o en su hogar:

1. Consultas de atención primaria: Servicios de medicina familiar, medicina interna y pediatría.
2. Consultas de atención especializada: Servicios de proveedores que no son de atención primaria, según se define anteriormente.
3. Consultas de rutina prenatales y de posparto: El beneficio prenatal de rutina cubre las pruebas realizadas en el consultorio, los análisis químicos de orina de rutina y las pruebas de esfuerzo fetal que se lleven a cabo durante la visita al consultorio. Consulte la sección correspondiente de su “Lista de beneficios (quién paga qué)” para conocer el Copago o el Coseguro de todos los otros Servicios que se reciban durante una consulta prenatal.
4. Consultas con fármacos clínicos.
5. Otros Servicios cubiertos recibidos durante una visita al consultorio o una consulta para un procedimiento programado.
6. Consultas clínicas en el hospital para pacientes ambulatorios con una Autorización del Plan de Salud.
7. Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.
8. Consultas a domicilio cuando la atención pueda proporcionarse de mejor manera en su hogar según lo determine un Proveedor del Plan.
9. Segunda opinión.
10. Servicios médico-sociales.
11. Servicios de atención preventiva (consulte “Servicios de atención preventiva” en esta sección de “Beneficios y cobertura [qué está cubierto]” para obtener más detalles).
12. Revisión e interpretación profesional de la información del paciente desde un dispositivo de monitoreo remoto.
13. Servicios de atención virtual.
14. Medicamentos administrados en el consultorio. Es posible que algunos medicamentos requieran Autorización previa.

Nota: Si lo que se menciona a continuación se administra durante una visita al consultorio, consulta de atención de urgencia o consulta en el hogar, y se necesita la administración u observación del personal médico, está cubierto con el Copago o Coseguro correspondientes a los medicamentos administrados en el consultorio que se indica en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Este Copago o Coseguro puede ser adicional al Copago o Coseguro de su consulta.

- Medicamentos (incluidos medicamentos biológicos y biosimilares) e inyecciones;
- Materiales radioactivos utilizados para fines terapéuticos;
- Vacunas e inmunizaciones cuyo uso esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos, y
- Materiales para pruebas y tratamientos para alergias.

Nota: Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Utilization Management Program para ser elegible para recibir la cobertura.

B. Servicios Quirúrgicos y Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios

Servicios para Pacientes Ambulatorios en los Centros de Atención Designados

Cubrimos, solamente como se describe en esta sección de “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)” y conforme a todas las limitaciones, exclusiones o excepciones específicas tal como se describen en toda esta EOC, los siguientes Servicios para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento, que incluyen los Servicios médicos profesionales de parte de médicos:

1. Cirugía ambulatoria en Centros del Plan que están diseñados para proporcionar Servicios quirúrgicos, que incluyen centros quirúrgicos ambulatorios, suites quirúrgicas o centros hospitalarios para pacientes ambulatorios. Kaiser Permanente sigue las pautas generales de Medicare para las cirugías conforme a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).
2. Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios en centros designados para proporcionar Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros: electroencefalograma, estudios del sueño, pruebas de estrés, pruebas funcionales respiratorias, sala de tratamiento o sala de observación. Se le puede cobrar un Copago o Coseguro adicionales por cualquier Servicio que aparezca como un beneficio aparte en esta sección de “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

Nota: Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Utilization Management Program para ser elegible para recibir la cobertura.

C. Atención para Pacientes Hospitalizados

1. Servicios para Pacientes Hospitalizados en un Hospital del Plan

Cubrimos, solamente como se describe en esta sección de “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)” y sujetos a todas las limitaciones, exclusiones o excepciones específicas tal como se mencionan en toda esta EOC, los siguientes Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan, cuando los Servicios los proporcionan general y habitualmente los hospitales generales de cuidados agudos en nuestra Área de Servicio:

- Habitación y alimentación, como habitaciones semiprivadas o, cuando es Necesario desde el Punto de Vista Médico, habitaciones privadas o atención de enfermería privada.
- Cuidados intensivos y Servicios hospitalarios relacionados.
- Servicios profesionales de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud durante una hospitalización.
- Atención de enfermería general.
- Atención obstétrica y parto, incluido el parto por cesárea. Si la hospitalización cubierta para el parto termina después de las 8 p. m., la cobertura se prolongará hasta las 8 a. m. del día siguiente. **Nota:** Si se le da el alta hospitalaria en un plazo de 48 horas después del parto (o 96 horas si es por cesárea), su Proveedor del Plan puede indicar que debe realizarse una consulta de seguimiento para usted y su recién nacido en un plazo de 48 horas después del alta hospitalaria. Si el recién nacido permanece en el hospital después del alta hospitalaria de usted, los Cargos generados por el recién nacido están sujetos a todas las disposiciones del Plan de Salud. Entre estos requisitos, se incluyen el Deducible, el Gasto Máximo de Bolsillo, el Copago y el Coseguro que corresponden al recién nacido. Estos cargos se aplican incluso aunque el recién nacido tenga cobertura solo los primeros 31 días tal como lo exige la ley estatal.
- Alimentos y dietas especiales.
- Otros Servicios y suministros del hospital, como los siguientes:
 - Quirófanos y salas de recuperación, de maternidad y de otros tratamientos.
 - Fármacos y medicinas recetados.
 - Pruebas de laboratorio y radiografías para diagnóstico.
 - Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.
 - Servicios de vendajes, férulas, yesos y materiales esterilizados.
 - Anestésicos, incluidos los Servicios del enfermero anestesista.
 - Suministros médicos, aparatos, equipo médico (incluido el oxígeno) y cualquier artículo cubierto que el hospital haya facturado para usarse en casa.

Nota: Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Utilization Management Program para ser elegible para recibir la cobertura.

2. Exclusiones a la Atención para Pacientes Hospitalizados

- Los Servicios dentales están excluidos, con excepción de los casos en los que cubrimos la hospitalización y la anestesia general para Servicios dentales proporcionados a Miembros tal como lo exige la ley estatal.
- Cirugía estética relacionada con una cirugía bariátrica.

D. Servicios de Ambulancia y Otros Medios de Transporte

1. Cobertura

Cubrimos los Servicios de ambulancia solamente si su condición requiere el uso de Servicios médicos que solo puede brindar una ambulancia autorizada. Kaiser Permanente sigue las pautas de Medicare para los Servicios de ambulancia conforme a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

2. Exclusiones de los Servicios de Ambulancia

- Los servicios de ambulancia que sean de rutina y no de emergencia y que se presten para el traslado al hogar o a un centro de salud para pacientes sin enfermedades graves no tienen cobertura.
- Los traslados que se hagan con otros medios de transporte que no sean una ambulancia autorizada tampoco tienen cobertura. Los traslados en automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla, minivan o cualquier otro medio de transporte no tienen cobertura, aunque sean el único medio de transporte para visitar a un Proveedor del Plan.

Nota: Se ofrece cobertura para determinados traslados que no sean de emergencia y se realicen con medios de transporte que no sean una ambulancia, pero debe contar con la Autorización previa del Plan de Salud.

E. Ensayos Clínicos

Nota: Las evaluaciones iniciales de elegibilidad y aceptación para los ensayos clínicos tienen cobertura solo si el Plan de Salud las autoriza.

1. Cobertura (se aplica solamente a los planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad)

Cubrimos los Servicios que reciba en relación con un ensayo clínico si se cumplen todas las condiciones que se mencionan a continuación:

- a. Hubiésemos cubierto los Servicios si no estuvieran relacionados con un ensayo clínico.
- b. Reúne los requisitos para participar en el estudio 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 el avance de la condición), según se determine de una de las siguientes formas:
 - i. Un Proveedor del Plan lo determine.
 - ii. Usted nos proporciona información médica y científica que lo determina.
- c. Si un Proveedor del Plan participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el ensayo clínico, usted debe participar por medio de un Proveedor del Plan a menos que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.
- d. El ensayo clínico es de fase I, fase II, fase III o fase IV y se relaciona con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra condición potencialmente mortal y cumple con uno de los siguientes requisitos:
 - i. El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.
 - ii. El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de la solicitud de nuevo medicamento en fase de investigación.
 - iii. Al menos uno de los siguientes, aprueba o financia el estudio o la investigación:
 - (a) Los Institutos Nacionales de Salud.
 - (b) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
 - (c) La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención Médica.
 - (d) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - (e) Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
 - (f) 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.
 - (g) El Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación fueron revisados y aprobados por medio de un sistema de revisión por pares que, según las determinaciones del Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., cumpla todos los siguientes requisitos:
 - (i) Sea comparable con el sistema de revisión por pares de los estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud.
 - (ii) Garantice una revisión imparcial de las normas científicas más rigurosas, realizada por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.

Por los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico, usted abonará los Copagos, Coseguros o Deducibles correspondientes que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico y que se indican en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Por ejemplo, consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para ver los Copagos, Coseguros y Deducibles correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados.

2. Exclusiones de los Ensayos Clínicos

- a. El Servicio de investigación.
- b. Los servicios proporcionados únicamente para la recopilación y el análisis de datos y que no se utilizan en su gestión clínica directa.

F. Atención de Diálisis

Cubrimos los Servicios de diálisis relacionados con la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica en fase terminal, si se cumplen los siguientes criterios:

1. Los servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio; y
2. Usted cumple los criterios del Utilization Management Program y los criterios médicos desarrollados por el centro donde se realiza la diálisis; y
3. El centro de atención está certificado por Medicare y es una instalación (centro) del plan; y
4. Un Proveedor del Plan hace la referencia por escrito para que lo atiendan en el centro de atención.

Una vez que obtenga una referencia, cubrimos el equipo, la capacitación y los suministros médicos que se necesiten para llevar a cabo la diálisis en el hogar.

G. Equipo Médico Duradero (DME) y Aparatos Protésicos y Ortopédicos

Cubrimos el Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y la prótesis y ortopedia cuando los indica un Proveedor del Plan como se describe a continuación; cuando los indica un Proveedor del Plan durante una estancia cubierta en un Centro de Enfermería Especializada, pero solo si el Centro de Enfermería Especializada generalmente proporciona el DME o la prótesis y ortopedia.

El Plan de Salud se basa en las Determinaciones de Cobertura Local (Local Coverage Determinations, LCD) y en las Determinaciones de Cobertura Nacional (National Coverage Determinations, NCD) (denominadas en lo sucesivo como Pautas de Medicare) para nuestras pautas de la lista de DME y aparatos protésicos y ortopédicos. Estas son únicamente pautas. El Plan de Salud se reserva el derecho de excluir artículos que aparecen en las Pautas de Medicare. Tenga en cuenta que esta EOC puede contener algunas de estas exclusiones, pero no todas.

Limitaciones: La cobertura se limita a un artículo estándar de DME, aparato protésico o aparato ortopédico que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas.

1. Equipo Médico Duradero (DME)

a. Cobertura

El DME, con excepción de lo siguiente, **no** está cubierto a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional correspondiente, que incluye los aparatos protésicos y ortopédicos. Consulte “Disposiciones adicionales”.

- i. El equipo dispensador de oxígeno y el oxígeno que se use en el hogar están cubiertos. Las recargas de oxígeno están cubiertas si usted se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio. Para cumplir con los requisitos de la cobertura, debe contar con una orden preexistente de oxígeno y adquirirlo con un proveedor designado por el Plan de Salud.
- ii. Se proporcionan bombas de insulina y sus suministros cuando se cumplen las pautas clínicas y se obtienen de las fuentes designadas por el Plan de Salud.
- iii. Se proporcionan monitores para la apnea infantil.
- iv. Se proporcionan nutrición intestinal, alimentos médicos y equipos y suministros de alimentación relacionados cuando se cumplen las pautas clínicas y se obtienen de las fuentes designadas por el Plan de Salud.
- v. Equipo para la terapia de luz ultravioleta en el hogar para determinadas condiciones de la piel.

b. Exclusiones del Equipo Médico Duradero

- i. Todos los otros DME que no se describieron anteriormente, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para DME. Consulte “Disposiciones adicionales”.
- ii. Reemplazo de artículos perdidos o robados.
- iii. Reparación, ajustes o reemplazos debido al mal uso.
- iv. Equipo de repuesto o de uso alternado.
- v. Más de una pieza de DME que esencialmente tenga la misma función, con excepción de los reemplazos.

2. Aparatos Protésicos

a. Cobertura

Cuando un Proveedor del Plan los indique y se obtengan de fuentes designadas por el Plan de Salud, cubrimos los siguientes aparatos protésicos, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos, a excepción de aquellos que sean necesarios debido a que se les dio mal uso o se perdieron:

- i. Aparatos implantados internamente con fines funcionales, como los marcapasos y las articulaciones de la cadera.
- ii. Aparatos protésicos para Miembros que se han sometido a una mastectomía. El Plan de Salud designará las fuentes donde pueden obtenerse las prótesis externas. Se reemplazará la prótesis cuando ya no sea funcional. Se proporcionarán prótesis hechas a la medida cuando sea necesario.
- iii. Los aparatos protésicos, como obturadores y dispositivos para hablar y alimentarse, necesarios para el tratamiento del labio leporino y el paladar hendido, están cubiertos cuando los indica un Proveedor del Plan y se obtienen de fuentes designadas por el Plan de Salud.
- iv. Los aparatos protésicos cuyo fin sea reemplazar, en su totalidad o en parte, un brazo o una pierna cuando un Proveedor del Plan indique que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y se proporcionen conforme a esta EOC, incluso las reparaciones y los reemplazos de dichos aparatos protésicos.

Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para aparatos protésicos. Consulte “Disposiciones adicionales”.

b. Exclusiones en los Aparatos Protésicos

- i. Todos los otros aparatos protésicos que no se describieron anteriormente, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para aparatos protésicos. Consulte “Disposiciones adicionales”. Su Proveedor del Plan puede proporcionar los Servicios necesarios para determinar su necesidad de aparatos protésicos y ayudarlo a hacer los arreglos para obtener dichos aparatos con tarifas razonables.
- ii. Aparatos, equipo y prótesis implantados internamente relacionados con el tratamiento de la disfunción eréctil, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para este beneficio.

3. Aparatos Ortopédicos

Los aparatos ortopédicos, con excepción de los siguientes, **no** están cubiertos a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para DME, que incluyen los aparatos protésicos y ortopédicos. Consulte “Disposiciones adicionales”.

H. Servicios de Intervención en la Primera Infancia

1. Cobertura

Los niños que cuentan con cobertura, desde el nacimiento hasta los tres (3) años, que tienen retrasos significativos en el desarrollo o tienen una condición física o mental diagnosticada con una alta probabilidad de provocar retrasos significativos en el desarrollo según los define la ley estatal, tienen cobertura por el número de consultas de los Servicios de intervención temprana (Early Intervention Services, EIS) que exige la ley estatal. Dichos servicios no están sujetos a ningún Deducible, Copago, Coseguro, Gasto Máximo de Bolsillo anual ni cantidad máxima de cobertura vitalicia.

Nota: Se le puede facturar cualquier EIS recibido después de alcanzar el número de consultas que exige la ley estatal.

2. Limitaciones

La cantidad de consultas que exige la ley estatal no aplica a lo siguiente:

- Servicios terapéuticos o de rehabilitación necesarios a causa de una condición médica aguda o una rehabilitación posquirúrgica;
- Servicios que se brindan a un menor no elegible y que no se prestan conforme a un Plan de Servicio Familiar Individualizado (Individual Family Service Plan, IFSP); y
- Tecnología de asistencia incluida en las disposiciones de beneficios de equipo médico duradero que se encuentran en esta EOC.

3. Exclusiones en los Servicios de Intervención en la Primera Infancia

- Servicio de relevo;
- Transporte médico en casos que no son de emergencia;
- Coordinación de servicios a excepción de los servicios de administración de casos; o
- Tecnología de asistencia, sin incluir el equipo médico durable que de otra manera está cubierto conforme a esta EOC.

I. Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

1. Servicios de Emergencia

Los Servicios de Emergencia están disponibles en todo momento: LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA. Si tiene una Condición Médica de Emergencia o una emergencia de salud mental, llame al 911 o vaya al Departamento de Emergencias del hospital más cercano. No necesita una Autorización previa para recibir Servicios de Emergencia. En caso de que tenga una Condición Médica de Emergencia, cubriremos los Servicios de Emergencia que reciba en cualquier lugar del mundo por parte de Proveedores del Plan y Proveedores Fuera del Plan siempre y cuando su plan hubiera cubierto esos servicios de haberlos recibido en el Área de Servicio. Para obtener más información acerca de los beneficios de emergencia lejos de casa, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

Deberá pagar el Deducible, el Copago o el Coseguro del plan para los Servicios de Emergencia con cobertura independientemente de que los haya recibido por parte de un Proveedor que pertenezca o no al Plan.

Tenga en cuenta que, además de cualquier Copago o Coseguro que aplique en esta sección, puede incurrir en montos adicionales de Copago o Coseguro por Servicios y procedimientos cubiertos conforme a otras secciones de esta EOC.

a. Servicios de Emergencia Proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia Fuera del Plan)

Los “Servicios de Emergencia Fuera del Plan” son Servicios de Emergencia que no son proporcionados por un Proveedor del Plan o en un Centro del Plan. Puede haber momentos en que usted o un familiar reciba Servicios de Emergencia de Proveedores Fuera del Plan. La condición médica del paciente puede ser tan grave que no puede llamar o venir a uno de los Centros del Plan o a la sala de emergencias de un Hospital del Plan, o el paciente podría necesitar Servicios de Emergencia mientras está viajando fuera de nuestra Área de Servicio.

Consulte “ii. Limitación de los Servicios de Emergencia para Proveedores Fuera del Plan” si está hospitalizado por Servicios de Emergencia.

i. Cubrimos Servicios de Emergencia Fuera del Plan de la siguiente manera:

- Fuera del Área de Servicio. Si sufre lesiones o se enferma de manera inesperada mientras se encuentra fuera de nuestra Área de Servicio, cubriremos los Servicios de Emergencia fuera del Plan que no se pueden demorar de manera razonable hasta que pueda asistir a un Centro del Plan o a un hospital donde tenemos contratado los Servicios de Emergencia. Esto se aplica solo si una persona común prudente, con un conocimiento promedio de los servicios de salud y la medicina y actuando de manera razonable, hubiera creído que existía una Condición Médica de Emergencia o una emergencia que amenazaba la vida o las extremidades. Los servicios cubiertos incluyen los Servicios de Emergencia fuera del Plan Necesarios desde el Punto de Vista Médico para problemas que aparecen de manera inesperada, que incluyen, entre otros, infartos de miocardio, apendicitis o parto prematuro.
- Dentro de nuestra Área de Servicio. Si está dentro del Área de Servicio, cubriremos los Servicios de Emergencia fuera del Plan únicamente si una persona prudente no profesional podría pensar de forma razonable que postergar la atención en un Centro del Plan, un hospital al que hemos contratado para brindar Servicios de Emergencia empeoraría la emergencia.

ii. Limitaciones en los Servicios de Emergencia para Proveedores fuera del Plan

Si usted es admitido en un Centro que no pertenece al Plan o en un hospital donde no contamos con Servicios de Emergencia contratados, usted o alguien en su nombre debe informarnos en un plazo de 24 horas o tan pronto como sea razonablemente posible. Llame al **Centro de Atención Médica Telefónica** al **303-743-5763**.

Decidiremos si hacemos los arreglos para continuar la atención necesaria donde se encuentre o si lo trasladamos a un Centro del Plan que nosotros designemos una vez que se Establece. Si lo admiten en un Centro que no pertenece al Plan, o en un hospital al que hemos contratado para brindar Servicios de Emergencia, es posible que lo traslademos a un Hospital o un Centro del Plan. Al notificarnos de inmediato su hospitalización, se protegerá de posibles responsabilidades por el pago de los Servicios que reciba una vez que puedan trasladarlo a uno de nuestros Centros del Plan. Si elige quedarse en un Centro que no Pertenece al Plan para atención de posestabilización, no se cubren los Servicios que no sean de Emergencia después de que hagamos los arreglos para transferirlo a un Centro del Plan para recibir atención. Usted será responsable del pago por cualquier tratamiento de cuidados posestabilización que reciba en el Centro que no Pertenece al Plan.

b. Exclusiones y Limitaciones en los Servicios de Emergencia

Tratamiento continuo o de seguimiento: cubrimos solo los Servicios de Emergencia que se requieran antes de que se lo pueda trasladar a un Centro del Plan que designemos, ya sea dentro o fuera de nuestra Área de Servicio. Si lo admiten en un Centro del Plan, es posible que lo traslademos a otro. Si el Plan de Salud los aprueba, cubriremos los Servicios de ambulancia u otro medio de transporte Necesario desde el Punto de Vista Médico para trasladarlo a un Centro del Plan designado con el fin de que pueda recibir tratamiento continuo o de seguimiento.

Las exclusiones y limitaciones de su plan se seguirán aplicando si los Servicios no cubiertos los proporciona un Proveedor Fuera del Plan o un Centro que no Pertenece al Plan.

c. Pago

Nuestro pago se reduce a lo siguiente:

- i. El Copago o Coseguro correspondiente por los Servicios de Emergencia y los procedimientos especiales de radiografías realizados en una sala de emergencias. Si corresponde y usted es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado, los Copagos por los procedimientos especiales en la sala de emergencias y de radiografías; y
- ii. El Copago o Coseguro por los Servicios de ambulancia, si existe alguno; y
- iii. La coordinación de beneficios; y
- iv. Todos los montos pagados o pagaderos, o que serían pagaderos sin esta EOC, por los Servicios en cuestión, conforme a cualquier póliza o contrato de seguro, o a cualquier otro contrato, o a cualquier programa del gobierno, excepto Medicaid; y
- v. Los montos que usted o su representante legal recuperen del seguro del vehículo o debido a responsabilidad civil de terceros.

Nota: Si recibe Servicios de Emergencia fuera del Plan, nuestro pago también se reduce por cualquier otro pago que usted hubiera tenido que hacer si hubiera recibido los mismos Servicios por parte de nuestros Proveedores del Plan. El procedimiento para recibir el reembolso por los Servicios de Emergencia fuera del Plan se describe en la sección “Apelaciones y quejas” en la sección de “Reclamaciones y apelaciones después de recibir los Servicios”.

Nota: El DME y la prótesis y ortopedia Necesarios desde el Punto de Vista Médico y posteriores a la estabilización se cubrirán si el Plan de Salud los autoriza y se prestan en el marco de un episodio de atención de emergencia.

2. Atención de Urgencia

a. Atención de Urgencia Proporcionada por los Proveedores del Plan

Los Servicios de atención de urgencia son Servicios que no son de Emergencia, que se requieren para prevenir un deterioro grave de su salud y que son necesarios como consecuencia de una enfermedad, lesión o condición imprevista.

La atención de urgencia que no puede esperar hasta una visita programada con su PCP o especialista se puede recibir en uno de nuestros Centros del Plan de atención de urgencia designados. En algunos casos, es posible que reciba atención en su casa. Para obtener información sobre el Copago y el Coseguro, consulte la sección “Servicios de atención de urgencia” en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Para obtener información acerca de los Centros del Plan de atención de urgencia, por favor, llame a **Servicio a los Miembros** durante el horario de atención normal. También puede visitar nuestro sitio web, kp.org/espanol, para obtener información sobre los centros de atención de urgencia designados.

Puede llamar a nuestros **enfermeros consejeros** en cualquier momento y uno de ellos hablará con usted. Nuestros enfermeros consejeros son enfermeros titulados (Registered Nurse, RN) que tienen una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y dar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado hacerlo desde el punto de vista médico. Normalmente, pueden responder preguntas sobre inquietudes menores o aconsejarle qué pasos seguir, esto incluye programar una cita por usted si es necesario.

b. Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio

Puede haber situaciones en las que sea necesario que reciba atención de urgencia sin autorización fuera de nuestra Área de Servicio.

Nota: Si recibe atención de urgencia fuera del Área de Servicio, quizás deba pagar cualquier monto que supere los Cargos elegibles además de los Deducibles, los Copagos o los Coseguros correspondientes. El procedimiento para recibir un reembolso por los Servicios de atención de urgencia que se reciben fuera del Área de Servicio se describe en la subsección “Reclamaciones y apelaciones después de un Servicio” de la sección “Apelaciones y quejas”.

Nota: El DME y la prótesis y ortopedia Necesarios desde el Punto de Vista Médico y posteriores a la Estabilización se cubrirán si el Plan de Salud los autoriza y se prestan en el marco de un episodio de atención de urgencia.

J. Servicios de Planificación Familiar y Esterilización

1. Cobertura

- Asesoramiento sobre planificación familiar, que incluye el asesoramiento y la información sobre los métodos anticonceptivos.
- Ligadura de trompas.
- Vasectomías.

Nota: Los siguientes servicios están cubiertos, pero no en esta sección: procedimientos de diagnóstico, consulte “Radiografías, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías”; medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos”.

2. Exclusiones Relacionadas con los Servicios de Esterilización y Planificación Familiar

- Todos los Servicios para revertir la esterilización inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- Acupuntura para el tratamiento de la infertilidad.
- Semen u óvulos de donantes.
- Todos los Servicios, suministros, medicamentos administrados en el consultorio y medicamentos de venta con receta que estén relacionados con la adquisición o almacenamiento de semen u óvulos.
- Todos los Servicios, suministros, medicamentos administrados en el consultorio y medicamentos de venta con receta que reciba de la farmacia y que estén relacionados con la inseminación intrauterina o la concepción por medios artificiales. Esto incluye, entre otros: fecundación in vitro, trasplantes de óvulos, transferencia intrafalopiana de gametos y transferencia intrafalopiana de cigotos.

Nota: Consulte “Disposiciones adicionales” para obtener información sobre la cobertura o las exclusiones adicionales, en caso de que correspondan a su Grupo.

K. Servicios de Educación para la Salud

Proporcionamos citas de educación para la salud para ayudar a adquirir conocimiento sobre las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Además, orientamos sobre el cuidado personal en temas como el manejo del estrés y la nutrición.

L. Servicios para la Audición

1. Miembros de Hasta 18 Años

Cubrimos las pruebas y los exámenes de audición para determinar si es necesaria una corrección auditiva. Para los niños menores de edad con pérdida de audición verificada, la cobertura también incluye:

- Aparatos auditivos iniciales y sus reemplazos con una frecuencia que no supere los cinco (5) años;
- Un aparato auditivo nuevo cuando las modificaciones al aparato existente no satisfagan las necesidades del niño adecuadamente; y
- Los Servicios y suministros que incluyen, entre otros, la evaluación inicial, la colocación, los ajustes y la capacitación auditiva que se proporciona de acuerdo con los estándares profesionales aceptados.

2. Miembros de 18 Años en adelante

a. Cobertura

Cubrimos las pruebas y los exámenes de audición para determinar si es necesaria una corrección auditiva. Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para aparatos de audición. Consulte “Disposiciones adicionales”.

b. Exclusiones en los Servicios para la Audición

- Pruebas para determinar el modelo adecuado de aparato auditivo, a menos que su Grupo haya adquirido esa cobertura.
- Aparatos auditivos y pruebas para determinar su utilidad, a menos que su Grupo haya adquirido esa cobertura.

M. Atención Médica a Domicilio

1. Cobertura

Cubrimos los Servicios de atención de enfermería especializada, auxiliares de salud domiciliaria, terapia de infusiones en el hogar, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y los Servicios médico-sociales:

- a. Solo de medio tiempo o intermitente; y
- b. Solo dentro de nuestra Área de Servicio; y
- c. Solo a un Miembro elegible al ser ordenado y proporcionado por un Proveedor del Plan o autoadministrado. La atención debe proporcionarse conforme a un plan de atención médica a domicilio establecido por el Proveedor del Plan y el proveedor de los servicios de atención médica a domicilio aprobado; y
- d. Solo si un Proveedor del Plan determina que es posible supervisar y controlar de manera eficaz la atención en el hogar.

La atención de medio tiempo o intermitente se refiere a Servicios de enfermería especializada y de ayuda para la salud domiciliaria de medio tiempo o intermitente.

Nota: Los Servicios que se brinden en el hogar, pero que no cumplan con los requisitos de atención médica a domicilio mencionados anteriormente se cubrirán con el Copago o Coseguro correspondiente y con los límites de los Servicios (es decir, la atención de urgencia, la fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla). Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Nota: Las radiografías, los análisis de laboratorio y los procedimientos especiales de radiografías no están cubiertos conforme a esta sección. Consulte la sección “Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías”.

2. Exclusiones de la Atención Médica a Domicilio

- a. Atención de custodia.
- b. Servicios para labores domésticas.
- c. Los Servicios que el Plan de Salud determine que se puedan proporcionar de manera adecuada en un Centro del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada si nos ofrecemos a proporcionar esa atención en uno de estos centros de atención.

N. Cuidados Paliativos y Servicios Especiales de Cuidados Paliativos

1. Servicios Especiales de Cuidados Paliativos

Si le diagnosticaron una enfermedad que limita la vida con una expectativa de vida de 24 meses o menos, pero aún no está listo para elegir los cuidados paliativos, es elegible para el Programa de Servicios especiales (“Programa”). La cobertura de cuidados paliativos se describe a continuación.

Los servicios especiales de cuidados paliativos les dan a usted y a su familia tiempo para que se familiaricen con los Servicios de un centro de cuidados paliativo y para que decidan lo que es mejor para usted. Esto ayuda a cerrar la brecha entre su diagnóstico y la preparación para los últimos días de vida.

La diferencia entre los servicios especiales de cuidados paliativos y las visitas normales de un enfermero para la atención médica a domicilio es que usted puede o no estar confinado en casa o tener o no necesidades de atención de enfermería especializada; o es posible que solo necesite atención espiritual o emocional. Los Servicios disponibles por medio de este programa los proporcionan profesionales con capacitación específica en asuntos relacionados con los últimos días de vida.

2. Cuidados Paliativos

Cubrimos los cuidados paliativos para Miembros con enfermedades terminales dentro de nuestra Área de Servicio. Si un Proveedor del Plan le diagnostica una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es de seis (6) meses o menos, puede elegir los cuidados paliativos en lugar de los Servicios tradicionales que se brindan en otros casos para su enfermedad.

Si decide recibir los cuidados paliativos, no recibirá beneficios **adicionales** por la enfermedad terminal. Sin embargo, puede continuar recibiendo los beneficios del Plan de Salud para tratar condiciones que no sean la enfermedad terminal.

Cubrimos los siguientes Servicios y otros beneficios cuando (1) los indica un Proveedor del Plan y el equipo de cuidados paliativos; y (2) los proporciona un centro de cuidados paliativos certificado que el Plan de Salud apruebe por escrito:

- a. Atención de un médico.
- b. Atención de enfermería.
- c. Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria.
- d. Servicios médico-sociales.
- e. Servicios de ayuda para la salud domiciliaria y de ama de casa.
- f. Suministros médicos, medicamentos, productos biológicos y aparatos.
- g. Medicamentos paliativos conforme a nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.
- h. Atención del paciente hospitalizado a corto plazo, que incluye servicio de relevo, atención para el control del dolor y manejo del dolor agudo y crónico.
- i. Servicios de asesoramiento y de duelo.
- j. Servicios de voluntarios.

O. Servicios de salud mental

1. Cobertura

Cubrimos los Servicios de salud mental como se indica a continuación. La salud mental incluye, entre otros, enfermedades o trastornos con bases biológicas.

a. Terapia para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos las consultas individuales y grupales, así como las terapias intensivas para pacientes ambulatorios.

Están cubiertas las consultas con el propósito de monitorear la farmacoterapia.

Están cubiertas las pruebas psicológicas como parte de la evaluación de diagnóstico.

b. Servicios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos la hospitalización psiquiátrica en un centro de atención que designe el Grupo Médico o el Plan de Salud. Los Servicios hospitalarios por trastornos psiquiátricos incluyen todos los Servicios de los Proveedores del Plan y de los profesionales de la salud mental, así como los siguientes Servicios y suministros indicados por un Proveedor del Plan mientras usted sea un paciente en cama registrado: habitación y alimentación, atención de enfermería psiquiátrica, terapia grupal, terapia electroconvulsiva, terapia ocupacional, farmacoterapia y suministros médicos.

c. Hospitalización Parcial

Cubrimos la hospitalización parcial en un programa basado en el Hospital del Plan.

Cubrimos los Servicios de salud mental, independientemente de que sean voluntarios u ordenados por la corte como resultado del contacto con el sistema de justicia penal o de justicia juvenil, siempre y cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, estén cubiertos por el plan y los brinde un Proveedor del Plan. No cubrimos el tratamiento por orden judicial que exceda el alcance de la cobertura de este plan de beneficios de salud.

2. Exclusiones en los Servicios de Salud Mental

a. Evaluaciones para fines diferentes al tratamiento de salud mental. Se incluyen las evaluaciones para la custodia de menores y las evaluaciones de discapacidad o de buen estado físico para las labores o para regresar a trabajar, a menos que sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

b. Servicios de carácter residencial o relativo a la custodia.

P. Beneficios Fuera del Área

Existe un beneficio limitado disponible para los Dependientes de hasta 26 años de edad que reciben atención fuera de cualquier área de servicio regional de un plan de salud de Kaiser.

1. Cobertura

El Beneficio Fuera del Área se limita a determinadas visitas al consultorio, radiografías de diagnóstico, consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y a surtidos de medicamentos recetados de acuerdo con la cobertura de esta EOC:

a. Pruebas en el consultorio limitadas a lo siguiente:

i. Consultas de atención médica primaria

ii. Consultas de atención médica especializada

iii. Consultas de atención preventiva

iv. Consultas de atención ginecológica

v. Prueba de audición

vi. Consultas de salud mental

vii. Consultas de trastorno por abuso de sustancias

viii. Administración de inyecciones para alergias

ix. Vacunas preventivas conforme al programa del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)

b. Radiografías de diagnóstico.

c. Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.

d. Surtidos de medicamentos recetados.

Para obtener más información, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

2. Exclusiones y Limitaciones en los Beneficios Fuera del Área

Los Beneficios Fuera del Área no incluyen los siguientes Servicios:

a. Otros Servicios proporcionados durante una visita con cobertura al consultorio, como los siguientes: procedimientos, pruebas de laboratorio y medicamentos, y dispositivos administrados en el consultorio, excepto las inyecciones contra alergias y las vacunas preventivas que se indican en la sección “Cobertura” de este beneficio.

b. Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.

c. Servicios de trasplante.

d. Servicios cubiertos fuera del Área de Servicio conforme a otra sección de la EOC (por ejemplo, Servicios de Emergencia y atención de urgencia).

e. Prueba de alergias, consultas prenatales y posparto de rutina, atención quiropráctica, servicios de acupuntura, análisis de comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA), pruebas de audición, audífonos, visitas de salud a domicilio, servicios de cuidados paliativos y vacunas para viajeros.

- f. Pruebas de detección o imágenes diagnósticas de cáncer de seno.
- g. Ecografías.
- h. Procedimientos especiales de radiografías que incluyen, entre otros, tomografías computarizadas (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), imágenes por resonancia magnética (Magnetic resonance imaging, MRI) y medicina nuclear.
- i. Todos los Servicios que no se mencionen en la sección “Cobertura” de este beneficio.

Q. Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación Interdisciplinaria

1. Cobertura

- a. Atención del Paciente Hospitalizado, Atención en un Centro de Enfermería Especializada y Atención Médica a Domicilio
Cubrimos la fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla como parte de los beneficios de atención del paciente hospitalizado, de los Centros de Enfermería Especializada y de atención médica a domicilio. Los tratamientos que se brinden en el hogar, pero que no cumplan con los requisitos de atención médica a domicilio que se detallan arriba se cubrirán con el Copago o Coseguro correspondiente y con las limitaciones del tratamiento (es decir, la fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla). Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
 - b. Atención para Pacientes Ambulatorios
Cubrimos tres (3) tipos de terapia para pacientes ambulatorios (la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla) en un Centro del Plan o en otro lugar aprobado por el Plan de Salud, para mejorar o desarrollar habilidades o el funcionamiento debido a déficits médicos, enfermedades o lesiones. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
 - c. Servicios de Rehabilitación Multidisciplinaria
Cubrimos los tratamientos que se brindan a través de un programa de Servicios de rehabilitación organizados e interdisciplinarios que se prestan en un centro de atención designado. También cubrimos Servicios de rehabilitación multidisciplinaria mientras esté hospitalizado en un centro de atención designado. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
 - d. Rehabilitación Pulmonar
Se proporciona tratamiento en un programa de rehabilitación pulmonar cuando lo indica o recomienda un Proveedor del Plan y lo proporcionan terapeutas en los centros de atención designados.
 - e. Terapias por Defectos Congénitos y Anomalías de Nacimiento
Después de los primeros 31 días de vida, se aplican las limitaciones y exclusiones correspondientes de esta EOC, salvo que se deba proporcionar fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Necesarias desde el Punto de Vista Médico para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento para niños con cobertura entre los tres (3) y seis (6) años de edad. El nivel de beneficios será el mayor de la cantidad de consultas proporcionadas conforme a este plan de beneficios de salud o 20 consultas de terapia por Período de Acumulación por cada fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Dichas consultas se distribuirán según sea Necesario desde el Punto de Vista Médico a lo largo del Período de Acumulación, sin importar si la condición es aguda o crónica y sin importar si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
- Nota 1:** Este beneficio también está disponible para los niños elegibles menores de tres (3) años de edad que no reciban servicios de intervención temprana.
- Nota 2:** El límite de consultas para la terapia para tratar los defectos congénitos y las anomalías de nacimiento no se aplica si dicha terapia es Necesaria desde el Punto de Vista Médico para tratar los trastornos del espectro autista.
- f. Terapias para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista
Cubrimos lo siguiente para el tratamiento de los trastornos del espectro autista siempre y cuando un Proveedor del Plan indique que es Necesario desde el Punto de Vista Médico:
 - i. Terapia física, ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios en un Edificio de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente o Centro del Plan. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
 - ii. Análisis del comportamiento aplicado, incluidas las consultas, la atención directa, la supervisión o el tratamiento o cualquier combinación de ellos proporcionados por proveedores de servicios para personas con autismo. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

2. Limitaciones

La terapia ocupacional se limita al tratamiento para lograr un mejor cuidado personal y otras actividades habituales de la vida diaria.

3. Exclusiones de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y rehabilitación interdisciplinaria

- a. Rehabilitación de largo plazo, sin incluir el tratamiento por trastornos del espectro autista.
- b. Terapia del habla que no sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico, como (i) terapia para la colocación educativa o con otro fin educativo; (ii) capacitación o terapia para mejorar la articulación sin que una lesión, enfermedad o condición médica la haya afectado; o (iii) terapia para el empuje lingual cuando no se presenten problemas para tragar.

R. Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos

Usamos una lista de medicamentos recetados disponibles. Una lista de medicamentos recetados disponibles incluye la lista de medicamentos recetados (incluidos los biológicos y los biosimilares) aprobados por nuestro comité encargado de la elaboración de la lista de medicamentos recetados disponibles para nuestros Miembros. Nuestro comité está formado por médicos, farmacéuticos y un enfermero con práctica médica. Este comité selecciona los medicamentos recetados para nuestra lista de medicamentos recetados disponibles con base en diversos factores, como la seguridad y la eficacia, según se determina mediante la revisión de las publicaciones e investigaciones médicas. El comité se reúne periódicamente para estudiar la posibilidad de añadir o eliminar medicamentos en la lista de medicamentos recetados disponibles. Si le gustaría recibir información acerca de si un medicamento está incluido en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, llame a **Servicio a los Miembros**.

Si en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” se indica que el medicamento recetado tiene un Copago y este excede el Cargo del medicamento, usted pagará el Cargo del medicamento, no el Copago. La lista de medicamentos recetados disponibles que se mencionó anteriormente también aplica.

1. Cobertura

a. Cobertura Limitada de Medicamentos en su Beneficio Básico de Medicamentos

Si su Grupo no adquirió la cobertura suplementaria de medicamentos recetados, entonces la cobertura de medicamentos recetados de su beneficio básico de medicamentos es limitada. Esto incluye medicamentos básicos como anticonceptivos, medicación contra el cáncer de administración oral y medicamentos inmunosupresores posquirúrgicos que se necesitan después de un trasplante. Estos medicamentos están disponibles solo cuando los receta un Proveedor del Plan y se adquieren en las Farmacias del Plan. Puede obtener estos medicamentos con el Copago o Coseguro que se muestra en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. La cantidad cubierta no puede exceder la cantidad para los días de suministro de cada medicamento de mantenimiento o puede ser igual a la cantidad para los días de suministro de cada medicamento que no sea de mantenimiento. No se cubrirá ninguna cantidad que usted reciba y que exceda la cantidad para los días de suministro. Si usted recibe un suministro que sobrepase la cantidad para los días de suministro, se le cobrará como si no fuera Miembro por cualquier cantidad que exceda ese límite. Cada resurtido de medicamentos se hará con base en el mismo criterio que se siguió para la receta médica original.

Si su Grupo adquirió cobertura suplementaria de medicamentos recetados, se aplicarán el Copago, el Coseguro o cualquier Deducible de farmacia correspondientes a los medicamentos genéricos o de marca. Para obtener más información, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Nota: A su total discreción, el Plan de Salud puede establecer límites de cantidad para medicamentos recetados específicos, independientemente de si su Grupo tiene una cobertura limitada o suplementaria de medicamentos recetados.

i. Cubrimos lo siguiente:

(a) anticonceptivos recetados para los siguientes períodos:

- (i) los tres meses posteriores a la primera vez que se suministre el anticonceptivo recetado a la persona con cobertura; y
 - (ii) un período de doce meses o hasta que finalice la cobertura de la persona conforme a la póliza, el contrato o el plan, lo que sea más breve, para todas las veces posteriores que se suministre el mismo anticonceptivo recetado a la persona con cobertura, independientemente de si la persona con cobertura estaba inscrita en la póliza, el contrato o el plan cuando el anticonceptivo recetado se suministró por primera vez; o
- (b) un anillo vaginal anticonceptivo recetado por un período de tres meses.

Para obtener información sobre el Copago o el Coseguro relacionado con los medicamentos y ciertos dispositivos anticonceptivos, consulte su “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

ii. Proporcionamos cobertura para un suministro de cinco días de un medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la dependencia a los opioides sin autorización previa, excepto que el suministro del medicamento se limite a una primera solicitud dentro de un período de doce meses.

b. Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

A menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, no cubrimos medicamentos para pacientes ambulatorios, excepto los que se indican en otras disposiciones de esta sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos”. Si su Grupo adquirió la cobertura adicional para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, consulte “Disposiciones adicionales”. La lista de medicamentos recetados disponibles que se mencionó anteriormente también aplica.

i. Envío de Medicamentos de Venta con Receta por Correo

Si lo solicita, el resurtido de los medicamentos de mantenimiento se enviará por correo por medio del servicio de envío de medicamentos recetados de Kaiser Permanente por Correo de Primera Clase de EE. UU. sin costo por franqueo ni manejo. No podemos enviar medicamentos recetados por correo a algunos estados. El resurtido

de los medicamentos de mantenimiento recetados por los Proveedores del Plan se puede obtener para los días de suministro mediante el pedido por correo, por el Copago o Coseguro correspondientes. El Plan de Salud determina cuáles son los medicamentos de mantenimiento. Es posible que algunos medicamentos y suministros no estén disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo, por ejemplo, los medicamentos que requieren una manipulación especial o refrigeración, los que tienen una alta probabilidad de que se desperdicien o de que se les dé un uso inapropiado o los que tienen un costo alto. Los medicamentos y suministros disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo para el surtido de recetas están sujetos a cambios en cualquier momento y sin previo aviso. Para obtener información sobre nuestro servicio de pedido por correo de medicamentos recetados y de los medicamentos especializados que no están disponibles para pedidos por correo, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

ii. Medicamentos Especializados

Los medicamentos especializados recetados, incluidos los medicamentos inyectables autoadministrados, se proporcionan con el Copago o Coseguro de medicamentos especializados por hasta la cantidad máxima por medicamento suministrado que se muestra en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

c. Suplementos Alimenticios

Proporcionamos cobertura para los productos recetados modificados con aminoácidos, que se usan en el tratamiento de anomalías congénitas del metabolismo de aminoácidos y alergias graves a proteínas, nutrición intestinal elemental y nutrición parenteral. Dichos productos están cubiertos para su uso autoadministrado con un pago de un Copago de \$3.00 por producto por día. No se cubren los productos alimenticios para la alimentación intestinal.

d. Suministros y Accesorios Recetados

Se proporcionarán los suministros recetados cuando se obtengan en las Farmacias del Plan o de fuentes designadas por el Plan de Salud. Dichos artículos incluyen, entre otros:

- i. suministros de monitoreo de glucosa en el hogar
- ii. jeringas desechables para la administración de insulina
- iii. tiras reactivas de glucosa
- iv. tabletas para la prueba de cetonas y tiras reactivas para la detección de nitratos de uso en el hogar para pacientes pediátricos

Para obtener más información, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”, y si su Grupo adquirió la cobertura suplementaria de medicamentos de venta con receta, consulte “Disposiciones adicionales”.

2. Limitaciones

- a. Las vacunas para adultos y niños se limitan a aquellas que no son experimentales, que son indicadas por el médico y que coinciden con la práctica médica aceptada.
- b. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización previa.
- c. Si corresponde, es posible que apliquemos un Tratamiento Escalonado para determinados medicamentos. Usted o el Proveedor del Plan pueden solicitar una excepción de Tratamiento Escalonado si usted probó un medicamento anteriormente y tuvo que suspenderlo por falta de eficacia o efectividad, una disminución del efecto o un acontecimiento adverso.
- d. Las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de medicamentos respetarán los compendios de Medicare y las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de agentes oncológicos respetarán la Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores (Medicare Improvements for Patients and Providers Act, MIPPA) de 2008.

3. Exclusiones en Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos

- a. Los medicamentos que, conforme a la ley, no requieren receta médica.
- b. Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, vendas y vendajes elásticos.
- c. Medicamentos o inyecciones para el tratamiento de disfunción sexual, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional que se describe en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
- d. Cualquier empaque que no sea el empaque estándar de la farmacia que los surte.
- e. Reemplazos de medicamentos de venta con receta por alguna razón. Esto incluye medicamentos recetados derramados, perdidos, dañados o robados.
- f. Medicamentos o inyecciones para el tratamiento de la infertilidad, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional que se describe en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” y en las “Disposiciones adicionales”.
- g. Medicamentos para acortar la duración del resfriado común.
- h. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
- i. Medicamentos para el tratamiento de control del peso.
- j. Medicamentos disponibles sin receta y con receta con la misma concentración.
- k. Determinados medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica haya excluido.
- l. A menos que el Plan de Salud los apruebe, los medicamentos que no apruebe la FDA.
- m. Medicamentos no preferidos, con excepción de aquellos recetados y autorizados por medio del proceso de medicamentos no preferidos.

- n. Medicamentos recetados necesarios para los Servicios que no se incluyen en esta EOC.
- o. Medicamentos administrados durante una visita al consultorio médico. Consulte la sección “Servicios en el consultorio”.
- p. Alimentos indicados por el médico y dispositivos médicos. Consulte la sección “Equipo Médico Duradero (DME) y prótesis y ortopedia”.

S. Servicios de Atención Preventiva

Si su plan tiene un beneficio de Servicios de atención preventiva diferente, consulte “Disposiciones Adicionales”.

Cubrimos algunos Servicios de atención preventiva que ayudan a que se realicen uno o más de los siguientes:

1. protección contra enfermedades
2. promoción de la salud
3. detección de enfermedades en sus etapas más tempranas antes de que se desarrollen síntomas evidentes

Si recibe cualquier otro Servicio cubierto durante una consulta de atención preventiva, es posible que usted pague el Deducible, el Copago y el Coseguro que correspondan a dichos Servicios.

T. Cirugía Reconstructiva

1. Cobertura

Cubrimos la cirugía reconstructiva siempre y cuando esta (a) permita corregir una desfiguración importante que haya sido causada por una lesión o cirugía Necesaria desde el Punto de Vista Médico; (b) permita corregir una anomalía, una enfermedad o defectos congénitos para producir una mejora importante en una función física; o (c) permita tratar hemangiomas congénitos y nevus flammeus (manchas de vino oporto). Luego de la extirpación total o parcial de un seno que haya sido Necesaria desde el Punto de Vista Médico, también cubrimos la reconstrucción del seno, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica y el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas. Es necesario presentar una Autorización para todos los tipos de cirugías reconstructivas.

2. Exclusiones en Cirugía Reconstructiva

La cirugía plástica u otros Servicios y suministros estéticos que principalmente son para cambiar la apariencia. Esto incluye la cirugía estética relacionada con una cirugía bariátrica.

U. Servicios de Apoyo para la Salud Reproductiva

Los Servicios de apoyo para la salud reproductiva no están cubiertos, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional suplementaria.

Nota: Para determinar si su Grupo tiene el beneficio para los Servicios de apoyo para la salud reproductiva, consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

V. Atención en un Centro de Enfermería Especializada

1. Cobertura

Cubrimos los Servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada autorizado. Todas las hospitalizaciones en un Centro de Enfermería Especializada exigen una Autorización previa. Los Servicios especializados para pacientes hospitalizados son aquellos que normalmente se proporcionan en un Centro de Enfermería Especializada. No es necesaria una hospitalización previa de tres (3) días en un hospital de atención de problemas médicos agudos. Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

- a. habitación y alimentación
- b. atención de enfermería
- c. servicios médico-sociales
- d. suministros médicos y biológicos
- e. sangre, productos derivados de la sangre y su administración

Un Centro de Enfermería Especializada es una institución que proporciona Servicios especializados de enfermería o de rehabilitación, o ambos; proporciona Servicios diariamente, las 24 horas del día; está autorizada según la ley estatal correspondiente; y tiene una aprobación por escrito del Grupo Médico.

Nota: Lo siguiente se cubre, pero no conforme a esta sección: medicamentos, consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos”; DME y aparatos protésicos y ortopédicos, consulte “Equipo Médico Duradero (DME) y aparatos protésicos y ortopédicos”; radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías, consulte “Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías”.

2. Exclusión en la Atención en un Centro de Enfermería Especializada

Atención de custodia, como se define en “Exclusiones” en la sección de “Limitaciones y exclusiones (qué no está cubierto)”.

W. Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias

1. Servicios Médicos y Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los Servicios relacionados con el control médico de los síntomas de la abstinencia. La desintoxicación es el proceso de eliminar las sustancias tóxicas del cuerpo.

2. Rehabilitación en un Centro Residencial

La determinación de la necesidad de los Servicios del programa de rehabilitación en un centro residencial y la referencia a dicho centro de atención o programa se realiza por y bajo la supervisión de un Proveedor del Plan.

Cubrimos los Servicios para pacientes hospitalizados y la hospitalización parcial en un programa de rehabilitación en un centro residencial autorizado por el Plan de Salud para el tratamiento del alcoholismo, el abuso de sustancias o la adicción a las drogas.

3. Servicios para Pacientes Ambulatorios

Los Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios para el tratamiento de la dependencia del alcohol y las drogas están cubiertos cuando un Proveedor del Plan hace la referencia.

Cubrimos los Servicios para trastornos por abuso de sustancias, independientemente de que sean voluntarios u ordenados por la corte como resultado del contacto con el sistema de justicia penal o de justicia juvenil, siempre y cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, estén cubiertos por el plan y los brinde un Proveedor del Plan. No cubrimos el tratamiento por orden judicial que exceda el alcance de la cobertura de este plan de beneficios de salud.

Los Servicios de salud mental que se requieran en relación con un tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias se cubren según lo dispuesto en la sección “Servicios de salud mental”.

4. Exclusión en los Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias

Asistencia psicológica para un paciente que no responda al control terapéutico, según lo haya determinado un Proveedor del Plan.

X. Servicios para Personas Transgénero

Cubrimos los Servicios para personas transgénero siempre que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar la disforia o la incongruencia de género. Se requiere Autorización previa. Para acceder a la cobertura, debe cumplir con todos los criterios médicos del Grupo Médico. La cobertura incluye, entre otros, Servicios en el consultorio, terapia hormonal, cirugía ambulatoria y atención para pacientes hospitalizados. Usted debe pagar el Copago, el Coseguro o el Deducible correspondientes que se indican en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Por ejemplo, consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para ver los Copagos, Coseguros y Deducibles correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados.

Y. Servicios de Trasplante

1. Cobertura

Los trasplantes se cubren de manera limitada de la siguiente manera:

- Los trasplantes cubiertos se limitan a trasplantes de riñón, trasplantes de corazón, trasplantes de corazón-pulmón, trasplantes de hígado, trasplantes de hígado para niños con atresia biliar y otras anomalías congénitas poco comunes, trasplantes de intestino delgado, trasplantes de intestino delgado y de hígado, trasplantes de pulmón, trasplantes de córnea, trasplantes simultáneos de riñón y páncreas, y trasplantes solo de páncreas.
- Trasplantes de médula ósea (célula madre autóloga o alogénica) relacionados con altas dosis de quimioterapia para tumores de células germinales y neuroblastoma en niños, y trasplantes de médula ósea para la anemia aplásica, la leucemia, las enfermedades de inmunodeficiencia combinada grave y el síndrome de Wiskott-Aldrich.
- Si se cumplen todos los criterios del Utilization Management Program, cubrimos: el rescate de células madre y los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea.

2. Medicamentos de Venta con Receta Relacionados

Los medicamentos inmunosupresores posquirúrgicos para pacientes ambulatorios que son necesarios después de un trasplante, se proporcionan con el Copago o Coseguro de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y están sujetos a cualquier Deducible de farmacia que se establece en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

3. Términos y Condiciones

- El Plan de Salud, el Grupo Médico y los Proveedores del Plan no se comprometen: a proporcionar un donante o un órgano, médula ósea o córnea de un donante; ni a garantizar la disponibilidad de un donante o de un órgano, médula ósea o córnea de un donante; ni a garantizar la disponibilidad o capacidad de los centros de trasplantes por referencia aprobados por el Grupo Médico. De acuerdo con nuestras pautas para donantes de trasplantes vivos, proporcionamos ciertos servicios relacionados con la donación para el donante o la persona que el Grupo Médico o un Proveedor del Plan identifique como un posible donante, aunque no sea Miembro. Estos Servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted. Para obtener información específica sobre su situación, llame a su coordinador de trasplante asignado o a las **Oficinas Administrativas de Trasplantes**.

- b. Los Proveedores del Plan deben determinar si el Miembro cumple los criterios médicos del Grupo Médico antes de que reciba los Servicios.
 - c. Un Proveedor del Plan debe hacer la referencia por escrito para que lo atiendan en un centro de trasplantes. El centro de trasplantes debe estar en la lista de centros autorizados que seleccionó el Grupo Médico. La referencia puede ser a un centro de trasplantes fuera de nuestra Área de Servicio. Los trasplantes están cubiertos solamente en el centro en el que el Grupo Médico determine que se debe realizar el trasplante en particular, incluso si otro centro que se encuentre dentro del Área de Servicio también puede realizar el trasplante.
 - d. Después de la referencia, si un Proveedor del Plan o el personal médico del centro de referencia determinan que el Miembro no cumple con los criterios correspondientes del Servicio, la única obligación del Plan de Salud es pagar los Servicios cubiertos proporcionados antes de dicha determinación.
4. Exclusiones y Limitaciones de los Servicios de Trasplante
- a. Se excluyen los trasplantes de médula ósea relacionados con quimioterapia en dosis altas debido a tumores de tejido sólido (excepto los trasplantes de médula ósea cubiertos conforme a esta EOC).
 - b. Se excluyen los órganos no humanos y artificiales, y su implantación.
 - c. Los trasplantes solo de páncreas están limitados a los pacientes sin problemas renales que cumplan con los criterios establecidos.
 - d. Se excluyen los gastos de viaje y hospedaje, excepto en algunas situaciones en las que el Plan de Salud lo refiera a un proveedor fuera de nuestra Área de Servicio para recibir los Servicios de trasplante tal como se describe en “Acceso a otros proveedores”, en la sección “Cómo acceder a sus Servicios y obtener la aprobación de los beneficios”. En esos casos, es posible que paguemos ciertos gastos con autorización previa, según nuestras pautas de viaje y alojamiento. Para obtener información específica sobre su situación, por favor, llame a su coordinador de trasplante asignado o a las **Oficinas Administrativas de Trasplantes**.

Z. Servicios para la Vista

1. Cobertura
- Cubrimos exámenes de los ojos de rutina y que no son de rutina. Se cubren las pruebas de refracción para determinar la necesidad de corrección de la vista y para proporcionar una receta médica para anteojos a menos que esto se encuentre específicamente excluido en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. Además, cubrimos exámenes profesionales y la adaptación de lentes de contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico cuando un Proveedor o un optometrista del Plan los recete para una condición médica específica.
- Los Servicios profesionales para realizar los exámenes y la adaptación de los lentes de contacto que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico se proporcionan con un cargo adicional cuando los obtenga en los Edificios de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente.
2. Exclusiones en los Servicios para la Vista
- a. Lentes y armazones de anteojos.
 - b. Lentes de contacto.
 - c. Exámenes profesionales para adaptar y administrar lentes de contacto, excepto cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, según se describió anteriormente.
 - d. Los servicios diversos y los suministros, como soportes de anteojos, estuches para anteojos, paquetes de reparación, estuches para lentes de contacto, soluciones para la limpieza y humectación de los lentes de contacto, y planes de protección de lentes.
 - e. Todos los Servicios relacionados con la cirugía de ojos para corregir defectos refractivos como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo (por ejemplo, la queratotomía radial, la queratotomía fotorrefractiva y procedimientos similares).
 - f. Terapia ortóptica (entrenamiento del ojo) o terapia para la visión disminuida.

Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura óptica adicional. Consulte “Disposiciones adicionales”.

AA. Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías

1. Cobertura
- a. Paciente Ambulatorio
- Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:
- i. Radiografías de diagnóstico, Servicios y materiales, entre los que se incluyen los isótopos, las mamografías y las ecografías.
 - ii. Pruebas de laboratorio, Servicios y materiales, incluidos, entre otros, los electrocardiogramas.
- Nota:** Usamos una lista de medicamentos recetados disponibles de laboratorio. Es una lista de pruebas, Servicios y otros materiales de laboratorio que el Plan de Salud aprobó para nuestros Miembros. Para saber si una prueba o un Servicio específicos están incluidos en nuestra lista de servicios de laboratorio, llame a **Servicio a los Miembros**.

iii. Servicios y materiales terapéuticos de radiografías.

iv. Procedimientos especiales de radiografías, MRI, TC, TEP y medicina nuclear.

Nota: Se le cobrará cada procedimiento especial de radiografía que se lleve a cabo. Un procedimiento se define de acuerdo con los códigos de facturación médica de la Terminología Actual de Procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) que publica la Asociación Médica Estadounidense cada año. Usted debe pagar los Copagos o Coseguros correspondientes a los procedimientos especiales de radiografías que se brinden como parte de otros Servicios para pacientes ambulatorios o junto con estos, entre otros, los Servicios de Emergencia, la atención de urgencia y las cirugías para pacientes ambulatorios.

Los procedimientos de diagnóstico incluyen los medicamentos administrados. Los procedimientos terapéuticos pueden incurrir en costos adicionales por los medicamentos administrados.

b. Paciente Hospitalizado

Durante la hospitalización, como beneficio de atención del paciente hospitalizado, se cubren las radiografías y las pruebas de laboratorio que se hayan solicitado para hacer un diagnóstico; los Servicios y materiales, incluidas las radiografías e isótopos de diagnóstico y terapéuticos; los electrocardiogramas y electroencefalogramas, las MRI, las TC, las TEP y la medicina nuclear.

2. Exclusiones en las Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías

a. Pruebas de un Miembro para uso o beneficio de alguien que no sea Miembro.

b. Pruebas de alguien que no sea Miembro para uso o beneficio de un Miembro.

IV. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO SE CUBRE)

A. Exclusiones

Los Servicios que se mencionan a continuación no están cubiertos. Estas exclusiones aplican a todos los Servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Las exclusiones adicionales que aplican solo para un Servicio en particular se mencionan en la descripción de dicho Servicio en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

1. **Servicios médicos alternativos.** Los siguientes servicios no están cubiertos a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para estos Servicios. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para determinar si su Grupo adquirió la cobertura adicional.
 - a. Servicios de acupuntura.
 - b. Servicios de naturopatía.
 - c. Terapia de masajes.
 - d. Servicios y suministros quiroprácticos que no proporciona un Proveedor del Plan en este Acuerdo.
2. **Problemas de comportamiento.** Cualquier tratamiento o Servicio para un problema del comportamiento que no está relacionado con un trastorno o enfermedad mental manifiesto.
3. **Servicios cosméticos.** Servicios que tienen como objetivo principal cambiar o conservar su apariencia y que no resultarán en una mejora importante de la función física. Esto incluye la cirugía estética relacionada con una cirugía bariátrica. Excepción: los Servicios cubiertos que se describen en “Cirugía reconstructiva”, en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.
4. **Criopreservación.** Todos los Servicios relacionados con la criopreservación, a menos que su Grupo haya adquirido una cobertura adicional. Esta exclusión se aplica, entre otros, a los servicios como la adquisición o el almacenamiento de semen, esperma, óvulos, materiales de reproducción o embriones. Consulte “Disposiciones adicionales” para obtener información sobre la cobertura o las exclusiones adicionales, en caso de que correspondan a su Grupo.
5. **Atención residencial o de custodia.** Asistencia con las actividades de la vida cotidiana o atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado. La asistencia con actividades de la vida cotidiana incluye caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse y tomar medicamentos.
6. **Servicios dentales.** Servicios y radiografías dentales, que incluyen Servicios dentales después de una lesión en los dientes; aparatos dentales; implantes; ortodoncia; trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ) y Servicios dentales que sean resultado de y posteriores a un tratamiento médico como la radioterapia. Esta exclusión no se aplica a lo siguiente: (a) los Servicios que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar el labio leporino o el paladar hendido y que sean recetados por un Proveedor del Plan, a menos que el Miembro tenga cobertura para estos Servicios conforme a una póliza o un contrato de seguro dental; o (b) la hospitalización y anestesia general por Servicios dentales que recete u ordene un Proveedor del Plan para niños Dependientes que (i) tengan una condición física, mental o que ponga en riesgo la salud desde el Punto de Vista Médico; (ii) que tengan necesidades dentales para las cuales la anestesia local no es efectiva debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergias; (iii) que sean poco cooperativos, no puedan controlarse, sean ansiosos o no se comuniquen y tengan necesidades dentales que se consideren lo suficientemente

importantes como para que no se aplacen; o (iv) que tengan un traumatismo orofacial y dental considerable. A menos que se especifique lo contrario, los servicios de los incisivos (a) y (b) deben recibirse en un Centro del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada.

Es posible que los siguientes Servicios para la TMJ tengan cobertura si un Médico del Plan determina que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico: radiografías de diagnóstico, pruebas de laboratorio, fisioterapia y cirugía.

7. **Donaciones de sangre dirigidas.**
8. **Suministros desechables.** Todos los suministros desechables, sin receta o de venta libre para uso doméstico, como:
 - a. Vendajes.
 - b. Gasa.
 - c. Cinta.
 - d. Antisépticos.
 - e. Apósitos.
 - f. Vendajes elásticos.
 - g. Cualquier otro suministro, apósito, aparato o dispositivo que no se mencione específicamente como cubierto en la sección “Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)”.
9. **Servicios educativos.** Los servicios educativos no son servicios de atención para la salud y no están cubiertos. Algunos ejemplos incluyen, entre otros:
 - a. Artículos y servicios para aumentar el conocimiento o las habilidades académicas;
 - b. Educación especial o atención para los problemas del aprendizaje, estén o no relacionados con un trastorno o enfermedad mental manifiestos, incluidos, entre otros, el trastorno por déficit de atención, las discapacidades de aprendizaje y retrasos del desarrollo;
 - c. Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar el desempeño académico;
 - d. Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo;
 - e. La capacitación del lenguaje que no es Necesaria desde el Punto de Vista Médico, que no es parte de un plan de tratamiento aprobado y que no la proporciona ni supervisa un Proveedor del Plan que actúa dentro del alcance de su licencia de acuerdo con la ley de Colorado con el fin de abordar impedimentos del habla;
 - f. Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene usted dislexia;
 - g. Pruebas educativas; de habilidades, de aptitudes, de inteligencia o de intereses;
 - h. Actividades de enseñanza (o cualquier otro artículo o servicio relacionado con esto), como el arte, la danza, montar a caballo, la música, la natación o la enseñanza interpretativa.
10. **Responsabilidad del empleador o del gobierno.** La responsabilidad financiera por los Servicios que un empleador o una agencia gubernamental tiene es la obligación legal de proporcionar.
11. **Servicios experimentales o de investigación:**
 - a. Se dice que un Servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación para el tratamiento de la condición de un Miembro si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que el Miembro reciba o vaya a recibir el Servicio. El Servicio:
 - i. No ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.; o
 - ii. Actualmente está sujeto a la aplicación de un nuevo medicamento o dispositivo en los archivos de la FDA; o
 - iii. Se proporciona como parte de ensayos clínicos en fase I o fase II, como rama experimental o de investigación de un ensayo clínico en fase III o de otra manera que pretenda determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio; o
 - iv. Se proporciona conforme a un protocolo escrito u otro documento que menciona una evaluación de la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio entre sus objetivos; o
 - v. Está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) o de otro organismo que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficacia de los Servicios; o
 - vi. Cuya cobertura no la hayan recomendado el Regional New Technology and Benefit Interpretation Committee (Comité Regional de Nuevas Tecnologías e Interpretación de Beneficios), el Interregional New Technology Committee (Comité Interregional de Nuevas Tecnologías) o la Medical Technology Assessment Unit (Unidad de Evaluación de Tecnología Médica) con base en análisis de estudios clínicos y escritos sobre la seguridad y la conveniencia, a menos que el Plan de Salud lo cubra; o
 - vii. Se proporciona según documentos de consentimiento informado que describan el Servicio como experimental o en fase de investigación o en otros términos que indiquen que el Servicio se está analizando para comprobar su seguridad, toxicidad o eficacia; o
 - viii. Es parte de una opinión dominante entre los expertos según se exprese en escritos médicos o científicos con autoridad que mencionen que (A) el uso del Servicio debe limitarse a ámbitos de investigación; o (B) que se necesita realizar una mayor investigación para determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio.

- b. Las siguientes fuentes de información serán confiables para decidir si un Servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación:
 - i. Los expedientes médicos del Miembro;
 - ii. Los protocolos escritos u otros documentos conforme a los cuales el Servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar;
 - iii. Todos los documentos de consentimiento que el Miembro o el representante del Miembro hayan firmado o vayan a firmar con la finalidad de recibir el Servicio;
 - iv. Los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan investigaciones en la institución en la que el Servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
 - v. Los escritos médicos y científicos publicados sobre el Servicio, como se hayan aplicado a la enfermedad o lesión del Miembro; y
 - vi. Los reglamentos, los registros, las solicitudes y otras medidas o documentos emitidos, presentados o tomados por la FDA u otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.
- c. Si dos (2) o más Servicios son parte del mismo plan de tratamiento o diagnóstico, todos los Servicios serán excluidos si uno de ellos es experimental o se encuentra en fase de investigación.
- d. El Plan de Salud consulta al Grupo Médico y luego usa los criterios que se describieron anteriormente para decidir si un Servicio en particular es experimental o de investigación.

Nota: Solo en el caso de los planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad no se aplica esta exclusión a los Servicios cubiertos en “Ensayos clínicos” en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”.

- 12. **Pruebas genéticas.** Pruebas genéticas a menos que se determine que son Necesarias desde el Punto de Vista Médico y cumplen con los criterios del Utilization Management Program.
- 13. **Servicios de infertilidad.** Todos los Servicios relacionados con el diagnóstico o tratamiento de la infertilidad, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional suplementaria.
- 14. **Atención intermedia.** La atención que se brinda en un centro de cuidados intermedios.
- 15. **Servicios para el cuidado rutinario de los pies.** Servicios para el cuidado rutinario de los pies que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- 16. **Servicios para Miembros bajo la custodia de oficiales del cumplimiento de la ley.** Los Servicios de Proveedores Fuera del Plan proporcionados o coordinados por instituciones judiciales para los Miembros que se encuentren bajo la custodia de oficiales de policía, excepto los Servicios que están cubiertos como Servicios de Emergencia Fuera del Plan o atención de urgencia fuera del Área de Servicio.
- 17. **Servicios no disponibles en nuestra Área de Servicio.** Los Servicios que general y normalmente no están disponibles en nuestra Área de Servicio, a menos que sea una práctica médica generalmente aceptada en nuestra Área de Servicio referir a los pacientes fuera de nuestra Área de Servicio para que reciban el Servicio.
- 18. **Servicios relacionados con un Servicio no cubierto.** Cuando un Servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los Servicios relacionados con este Servicio sin cobertura. Esto no incluye los Servicios que en otros casos cubriríamos para tratar complicaciones que resultaran de un Servicio no cubierto.
- 19. **Solicitudes o requisitos de terceros.** Exámenes físicos, pruebas u otros servicios que no traten directamente una enfermedad, lesión o condición, y cualquier informe o documentación relacionados con las solicitudes o los requerimientos de terceros, entre los cuales se incluyen los siguientes:
 - a. empleo
 - b. la participación en programas de empleo
 - c. el seguro
 - d. incapacidades
 - e. licencias
 - f. eventos escolares, deportes o campamento
 - g. agencias gubernamentales
 - h. órdenes judiciales, la libertad condicional o la libertad a prueba
 - i. viajes
- 20. **Gastos de viaje y hospedaje.** Se excluyen los gastos de viaje y hospedaje. Es posible que paguemos algunos gastos previamente autorizados de conformidad con nuestras pautas internas de viaje y hospedaje en algunas situaciones, cuando un Proveedor del Plan lo refiera a un Proveedor Fuera del Plan y de nuestra Área de Servicio, tal como se describe en “Acceso a otros proveedores”, en la sección “Cómo acceder a sus Servicios y obtener la aprobación de los beneficios”.

21. **Servicios y dispositivos de tecnología médica sin clasificar.** Dispositivos y Servicios de tecnología médica que no estén clasificados como equipo médico duradero o de laboratorio por una Determinación de Cobertura Nacional (National Coverage Determination, NCD) emitida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), a menos que estén cubiertos por el Plan de Salud.
22. **Centros para el control del peso.** Servicios que se reciben en un centro para el control del peso.
23. **Compensación del trabajador o responsabilidad del empleador.** La responsabilidad financiera por los Servicios proporcionados para cualquier enfermedad, lesión o condición, en la medida de un pago o cualquier otro beneficio, incluido cualquier monto recibido como un acuerdo (colectivamente llamado “Beneficio Financiero”), se proporciona conforme a cualquiera de las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador. Proporcionaremos los Servicios incluso si no estuviera claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar los Cargos por dichos Servicios de las siguientes fuentes:
 - a. Cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
 - b. De usted, en la medida en que un beneficio financiero se ofrezca o sea pagadero, o habría sido necesario ofrecerse o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero según las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador.

B. Limitaciones

Haremos nuestro mejor esfuerzo por proporcionar o coordinar sus Servicios cubiertos en caso de que se presenten circunstancias inusuales que retrasen o hagan poco práctico que se presten los Servicios: Algunos ejemplos incluyen grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, discapacidad de una gran parte del personal de un Centro del Plan, destrucción total o parcial de los centros de atención y conflictos laborales que no involucren al Plan de Salud, a Kaiser Foundation Hospitals ni al Grupo Médico. En estos casos, el Plan de Salud, Kaiser Foundation Hospitals, el Grupo Médico y los Proveedores del Plan del Grupo Médico no serán responsables de cualquier retraso o falla en proporcionar los Servicios cubiertos. En caso de un conflicto laboral que involucre al Plan de Salud, Kaiser Foundation Hospitals o al Grupo Médico, podríamos posponer su atención hasta que se resuelva el conflicto si es seguro retrasar su atención y si esto no causará consecuencias dañinas en su salud.

C. Reducciones

1. Coordinación de Beneficios (COB)

Los Servicios cubiertos en esta EOC están sujetos a las reglas de la Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB). Si tiene cobertura de atención médica con otro plan de salud o compañía de seguros, coordinaremos los beneficios con la otra cobertura de acuerdo con las pautas de la COB que se mencionan a continuación.

La disposición de la coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura médica de más de un **Plan**. El término **Plan** se define a continuación.

Las reglas para la determinación del orden de los beneficios rigen el orden en el cual cada **Plan** pagará una reclamación de beneficios. El **Plan** que paga primero se llama **Plan primario**. El **Plan primario** debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su póliza sin importar que otro **Plan** pudiera cubrir algunos gastos. El **Plan** que paga después del **Plan primario** es el **Plan secundario**. El **Plan secundario** puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no superen el 100 % del total de los **gastos permitidos**.

DEFINICIONES

- a. Se denomina **Plan** a cualquiera de las siguientes opciones que proporcione beneficios o servicios de atención o tratamiento médico o dental. Sin embargo, si se usan contratos individuales para proporcionar la cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos individuales se consideran partes del mismo plan y no habrá COB entre tales contratos individuales.
 - i. Un **Plan** incluye contratos de seguro de grupo; contratos de la organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); planes de panel cerrado u otros tipos de cobertura grupal o de tipo grupal (ya sea que esté asegurado o no); componentes de atención médica de contratos de atención médica a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; beneficios médicos conforme a contratos automotrices grupales o individuales; y Medicare o cualquier otro plan del gobierno federal, según lo permita la ley.
 - ii. Un **Plan** no incluye cobertura de hospital en caso de indemnización u otro tipo de cobertura de indemnización fija; cobertura únicamente contra accidentes; cobertura contra enfermedades u accidentes específicos; cobertura de salud con beneficios limitados, según lo define la ley estatal; cobertura contra accidentes en la escuela; beneficios por componentes no médicos de pólizas de atención de largo plazo; pólizas suplementarias de Medicare; pólizas de Medicaid; o cobertura de cualquier otro plan del gobierno federal, a menos que la ley así lo permita.

Cada contrato de cobertura del punto i. o ii. corresponde a un **Plan** individual. Si un **Plan** tiene dos partes y las reglas de la COB solo se aplican a una de las dos, entonces cada una de las partes se tratará como un **Plan** aparte.

- b. En una disposición de la **COB**, **este plan** se refiere a la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los cuales se aplica la disposición de la **COB** y que se puede reducir debido a los beneficios de otros **Planes**. Cualquier otra parte del contrato que proporcione los beneficios de atención médica es independiente de **este plan**. Un contrato puede aplicar una disposición de la **COB** a algunos beneficios, como los beneficios dentales, coordinarse únicamente con otros beneficios similares y aplicar otra disposición de la **COB** para coordinar otros beneficios.

- c. Las reglas de determinación del orden de los beneficios determinan si **este plan** es un **Plan primario** o un **Plan secundario** en aquellos casos donde una persona tiene cobertura de salud de más de un **Plan**.

Cuando **este plan** es primario, sus beneficios se determinan antes que los de cualquier otro **Plan** y no se toman en cuenta los beneficios de ningún otro **Plan**. Cuando **este plan** es secundario, sus beneficios se determinan después que los de otro **Plan** y se pueden reducir debido a los beneficios del **Plan primario**, de manera que los beneficios de todos los **Planes** no excedan el 100 % del **gasto permitido**.

- d. El **gasto permitido** es un gasto de atención médica que incluye los deducibles, el coseguro y los copagos, y que está cubierto de manera total o parcial por cualquier **Plan** que cubre a la persona. Cuando un **Plan** proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en dinero en efectivo de cada servicio se considerará un **gasto permitido** y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por alguno de los **Planes** que cubren a la persona no es un **gasto permitido**. Además, no es un **gasto permitido** cualquier gasto que, de acuerdo con la ley o con un acuerdo contractual, esté prohibido que cobre un proveedor a una persona con cobertura.

Los siguientes son algunos ejemplos de gastos que no son **gastos permitidos**:

- i. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada de hospital y una habitación privada de hospital no es un **gasto permitido**, a menos que uno de los **Planes** proporcione la cobertura para los gastos de habitaciones privadas de hospital o que la internación sea necesaria desde el punto de vista médico, en función de una práctica médica generalmente aceptada o que el hospital no cuente con una habitación semiprivada.
 - ii. Si una persona tiene la cobertura de dos o más **Planes** que calculan los pagos de sus beneficios con base en las tarifas normales y habituales, en la metodología de reembolso con el esquema de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que sobrepase el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un **gasto permitido**.
 - iii. Si una persona tiene cobertura de dos o más **Planes** que proporcionan beneficios o servicios con base en tarifas negociadas, un monto que sobrepase la más alta de las tarifas negociadas no es un **gasto permitido**.
 - iv. Si una persona tiene cobertura de un **Plan** que calcula sus beneficios o servicios con base en las tarifas normales y habituales o en la metodología de reembolso con el esquema de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro **Plan** que proporciona sus beneficios o servicios con base en las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del **Plan primario** será el **gasto permitido** para todos los **Planes**. Sin embargo, si el proveedor tiene un contrato con el **Plan secundario** para proporcionar el beneficio o el servicio por una tarifa específica negociada o por un monto a pagar que sea diferente al del acuerdo de pago del **Plan primario** y si el contrato del proveedor lo permite, la tarifa o el pago negociado será el **gasto permitido** que usará el **Plan secundario** para determinar sus beneficios.
 - v. Los montos que correspondan a la reducción de beneficios del **Plan primario** debido al incumplimiento de las disposiciones del **Plan** no serán considerados **gastos permitidos**. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, certificación previa de hospitalización y acuerdos con proveedores preferidos.
- e. El **período de determinación de una Reclamación** normalmente es de un año calendario, pero un **Plan** puede usar otro período que se ajuste a la cobertura del contrato de grupo. Una persona tiene la cobertura de un **Plan** durante una parte del **período de determinación de una Reclamación** si la cobertura de esa persona comienza o termina durante el **período de determinación de la Reclamación**. Sin embargo, esto no incluye ninguna parte de un año durante el cual una persona no tenga cobertura de **este plan** o antes de la fecha en la cual entre en vigor esta disposición de la **COB** o una disposición similar.
- f. Un **Plan de panel cerrado** es un **Plan** que proporciona beneficios de salud a las personas con cobertura, principalmente en forma de servicios por medio de un panel de proveedores con los que se tiene contrato de manera directa o indirecta o que son empleados del **Plan** y que limita o excluye los beneficios para recibir servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o cuando un miembro del panel las refiera.
- g. **Padre con custodia** se refiere a un padre que tiene la custodia principal por decreto judicial. Al no haber un decreto judicial, es el padre con el que vive el hijo más de la mitad del año calendario, independientemente de cualquier visita temporal.

REGLAS DE DETERMINACIÓN DEL ORDEN DE LOS BENEFICIOS

Las reglas para determinar el pago por orden de beneficios, correspondientes a quienes cuentan con la cobertura de dos o más **Planes**, son las siguientes:

- a. El **Plan primario** paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin importar los beneficios de cualquier otro **Plan**.
- b.
 - i. Salvo por lo que se indica en el párrafo ii, un **Plan** que no incluya una disposición sobre coordinación de beneficios que sea compatible con estas reglas siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos **Planes** indiquen que el **Plan** que está en cumplimiento es el primario.

- ii. La cobertura que se obtiene por ser miembro de un grupo y que está designada como parte suplementaria del paquete básico de beneficios puede proporcionar cobertura suplementaria que sobrepase cualquier otra parte del **Plan** proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios básicos hospitalarios y quirúrgicos de un plan, y las coberturas de tipo seguro que se escriben en relación con un **Plan de panel cerrado** para proporcionar beneficios fuera de la red.
- c. Un **Plan** puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro **Plan** al determinar sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro **Plan**.
- d. Las reglas que se aplican para determinar el orden de beneficios de cada **Plan** son las siguientes:
 - i. No Dependiente o Dependiente. El **Plan** que cubre a la persona de forma distinta a la de un dependiente, por ejemplo, como un empleado, un miembro, un suscriptor o un jubilado, es el **Plan primario**. El **Plan** que cubre a la persona como un dependiente es el **Plan secundario**. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, de acuerdo con la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente, y primario al **Plan** que cubre a la persona de forma distinta a la de un dependiente, (p. ej., como un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos **Planes** se invierte, de modo que el **Plan** que le proporciona cobertura a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el **Plan secundario** y el otro **Plan** es el **Plan primario**.
 - ii. Hijo Dependiente con cobertura de más de un **Plan**. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente tiene cobertura de más de un **Plan**, el orden de beneficios se determina de la siguiente manera:
 - A. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
 - 1. El **Plan** del padre cuyo cumpleaños (día y mes) sea primero en el año calendario es el **Plan primario**; o
 - 2. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el **Plan** del padre que haya tenido cobertura por más tiempo será el **Plan primario**.
 - B. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados, o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
 - 1. Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el **Plan** de ese padre tiene conocimientos reales de los términos, ese es el **Plan primario**. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el **Plan** recibe la notificación sobre el decreto judicial.
 - 2. Si un decreto judicial establece que ambos padres deben pagar los gastos o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo A., mencionado anteriormente, determinarán el orden de los beneficios;
 - 3. Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que un padre es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo A., mencionado anteriormente, determinarán el orden de los beneficios; o
 - 4. Si no hay un decreto judicial que determine la responsabilidad de los gastos o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios del hijo es el siguiente:
 - El **Plan** que cubre al **padre que tiene la custodia**;
 - El **Plan** que cubre al cónyuge del **padre que tiene la custodia**;
 - El **Plan** que cubre al **padre que no tiene la custodia**, y luego
 - El **Plan** que cubre al cónyuge del **padre que no tiene la custodia**.
 - C. Para un hijo dependiente que tenga cobertura de más de un **Plan** de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará de acuerdo con las disposiciones de los subpárrafos A. o B., mencionados anteriormente, como si esas personas fueran los padres del niño.
 - iii. Empleado activo o empleado jubilado o despedido. El **Plan** que cubre a una persona como un empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni se retiró, es el **Plan primario**. El **Plan** que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el **Plan secundario**. Esto mismo aplicaría si una persona es dependiente de un empleado activo y la misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro **Plan** no tiene esta regla y, como resultado, los **Planes** no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada como d.1. puede determinar el orden de los beneficios.
 - iv. COBRA o la continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) o conforme a un derecho de continuación proporcionado por una ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro **Plan**, el **Plan** que cubre a la persona como un empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como un dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado será el **Plan primario** y la cobertura de COBRA o de continuación estatal o federal será el **Plan secundario**. Si el otro **Plan** no tiene esta regla y, como resultado, los **Planes** no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada como d.1. puede determinar el orden de los beneficios.

- v. Mayor o menor tiempo de cobertura. El **Plan** que proporcionó cobertura a un empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el **Plan primario** y el **Plan** que proporcionó cobertura por un período más corto es el **Plan secundario**.
- vi. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los **gastos permitidos** se compartirán en partes iguales entre los **Planes** que cumplen la definición del **Plan**. Además, **este plan** no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el **Plan primario**.

EFFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

- a. Cuando **este plan** es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los **Planes** durante un año del plan no superen el total de los **gastos permitidos**. Al determinar el monto que se debe pagar por alguna reclamación, el **Plan secundario** calculará los beneficios que hubiera pagado si no tuviera otra cobertura de atención médica y aplicará el monto calculado a cualquier **gasto permitido** conforme a este **Plan** que no pague el **Plan primario**. En ese caso, el **Plan secundario** puede reducir el monto de su pago de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el **Plan primario**, el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los **Planes** por la reclamación no supere el total del gasto permitido para esa reclamación. Además, el **Plan secundario** acreditará al deducible de su plan cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en caso de que no hubiera otra cobertura de atención médica.
- b. Si una persona con cobertura está inscrita en dos o más **Planes de panel cerrado** y si, por cualquier razón, incluida la prestación de un servicio por parte de un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagables por un **Plan de panel cerrado**, la **COB** no se aplicará entre ese **Plan** y los otros **Planes de panel cerrado**.

DERECHO A RECIBIR Y REVELAR INFORMACIÓN NECESARIA

Algunos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica son necesarios para aplicar estas reglas de **COB** y para determinar los beneficios que **este** y otros **Planes** pagarán. Podemos obtener los datos que necesitamos o proporcionarlos a otras organizaciones o personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios a pagar conforme a **este** y otros **Planes** que cubren a la persona que reclama los beneficios. No estamos obligados a informarle a nadie ni a obtener el consentimiento de ninguna persona para hacerlo. Todas las personas que reclamen beneficios de **este plan** deben proporcionar los datos que el Plan de Salud necesita para aplicar esas reglas y determinar los beneficios que se pagarán.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago que haya hecho otro **Plan** puede incluir un monto que debió haberse pagado bajo la cobertura de **este plan**. De ser así, el Plan de Salud puede pagar el monto a la organización que hizo el pago. En ese caso, el monto se tratará como si fuera un beneficio pagado por **este plan**. El Plan de Salud no deberá pagar ese monto nuevamente. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso, “pago realizado” se refiere al valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si el monto de los pagos realizados por el Plan de Salud es mayor a lo que debió haber pagado en virtud de esta disposición de la **COB**, podemos recuperar el excedente de una o más personas a las que les hayamos pagado o por las que hayamos pagado; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en dinero en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Si tiene preguntas sobre la **COB**, llame o escriba a los **Servicios Financieros para Pacientes**.

2. Lesiones o Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros

Usted debe asegurarse de que recibamos el máximo reembolso que permite la ley por los Servicios cubiertos que haya recibido por una enfermedad o lesión que presuntamente le haya provocado un tercero. No tiene que reembolsarnos más de lo que reciba por parte o en nombre de otro tercero, compañía de seguros u organización como resultado de la lesión o la enfermedad. Nuestro derecho de reembolso incluye todas las fuentes que la ley permita. Esto incluye, entre otros, cualquier reembolso que reciba de (a) la cobertura contra conductores sin seguro; (b) la cobertura contra conductores con seguro insuficiente; (c) la cobertura de pagos médicos relacionados con el automóvil; (d) la cobertura de compensación del trabajador; (e) cualquier otra cobertura de responsabilidad; o (f) cualquier tercero o entidad responsable.

Nota: La información que se proporciona en la sección “Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros” no afecta su obligación de pago del Copago, Coseguro o Deducible que correspondan a estos Servicios. El monto del reembolso adeudado al plan no está limitado por la disposición de Gasto Máximo de Bolsillo.

En la medida en que la ley lo permita, tenemos la opción de subrogar todas las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura por daños, compensación o indemnización económicos debido a la lesión o enfermedad presuntamente causada por el 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.

Nosotros tendremos la máxima prioridad del derecho de retención sobre las ganancias de cualquier dictamen judicial o acuerdo, ya sea por compromiso o de otro modo, que usted obtenga en contra de cualquier otra parte, independientemente de si la otra parte admite la culpa. Los ingresos obtenidos por ese dictamen judicial o acuerdo que estén en su posesión o la de su abogado deberán administrarse en nuestro beneficio.

En un plazo de 30 días posteriores a la presentación de una reclamación o acción judicial contra el tercero, la entidad o la aseguradora, usted deberá enviar una notificación por escrito de esta reclamación o acción judicial a la siguiente dirección:

Equian, LLC
Attn: Subrogation Operations
PO Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 502-214-1291

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y de que podamos ejercerlo, usted deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, en los que se den instrucciones a su abogado, a la otra parte o entidad y a cualquier respectiva aseguradora para que nos paguen o les paguen a nuestros representantes legales directamente. Usted debe cooperar para proteger nuestros intereses de acuerdo con las disposiciones de la sección “Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros” y no deberá tomar ninguna acción que perjudique nuestros derechos.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal, conservador o representante legal presentan una reclamación contra un tercero, una entidad o una aseguradora por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal, representante legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de estos estarán sujetos a nuestro derecho de retención y a otros derechos, de la misma forma que si usted hubiera presentado la reclamación. Tenemos la opción de ceder nuestro derecho a ejercer nuestros derechos de retención y otros derechos.

Algunos proveedores tienen contratos con Kaiser Permanente para proporcionar ciertos Servicios a los Miembros con tarifas que suelen ser más bajas de las que normalmente cobran al público en general (“Tarifas Generales”). Sin embargo, estos contratos pueden permitir a los proveedores hacer valer cualquier derecho de retención independiente que puedan tener para recuperar sus Tarifas Generales a partir de un dictamen judicial o acuerdo que usted obtenga de un tercero, una entidad o una aseguradora o en nombre de cualquiera de estos. Para los Servicios que proporcione el proveedor, la suma conjunta de nuestra recuperación y la del proveedor no excederá las Tarifas Generales del proveedor.

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

3. Embarazo Tradicional o Embarazo por Encargo de Terceros

Si recibe una compensación monetaria por un embarazo tradicional o por encargo de terceros, el Plan de Salud intentará obtener el reembolso por los Servicios cubiertos que usted reciba y que estén relacionados con la concepción, el embarazo o el parto, pero solo recuperaremos no más de la mitad de la compensación monetaria que usted reciba. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en el que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño. Esta sección corresponde a todas las personas que hayan concebido mediante la fecundación por inseminación artificial, la inseminación intrauterina, la fecundación in vitro o mediante la implantación quirúrgica de un óvulo fecundado de otra persona, y se aplica a los embarazos tradicionales y por encargo de terceros.

Nota: La información de la sección “Embarazo tradicional o embarazo por encargo de terceros” no afecta su obligación de pago del Copago, el Coseguro o el Deducible por estos Servicios.

En el plazo de 30 días después de haber celebrado un acuerdo de maternidad subrogada, debe enviar una notificación 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 que reciban los bebés), entre ellos, los nombres, las direcciones y los números de teléfono de cualquier seguro médico que ofrezca cobertura para los Servicios que reciba el bebé (o que reciban los bebés).
- 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 la siguiente dirección:

Equian, LLC
Attn: Surrogacy Subrogation Operations
PO Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 502-214-1291

V. RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL MIEMBRO

La información sobre la responsabilidad de pago del Miembro, incluidos los Deducibles, el Gasto Máximo de Bolsillo anual, los Copagos y el Coseguro correspondientes se encuentra en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”. La información de responsabilidad de pago por Servicios de Emergencia y atención de urgencia se encuentra en la sección “Beneficios y cobertura (qué está cubierto)”. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con **Servicio a los Miembros**.

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros les debamos por los Servicios cubiertos. Sin embargo, es posible que usted deba pagar el costo de los Servicios no cubiertos o los Servicios que reciba por parte de Proveedores fuera del Plan. Si cancelamos nuestro contrato con un Proveedor del Plan mientras está bajo su cuidado, mantendremos nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que recibe de ese Proveedor, que excedan cualquier monto de Deducible, Copago o Coseguro aplicable, hasta que hagamos los arreglos necesarios para que otro Proveedor del Plan le brinde los Servicios y se lo notifiquemos al Suscriptor.

VI. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN (CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN)

Los Proveedores del Plan envían las reclamaciones por el pago de Servicios cubiertos directamente al Plan de Salud. Para obtener información general sobre las reclamaciones y cómo enviar reclamaciones previas al servicio, reclamaciones de atención simultánea y reclamaciones posteriores al servicio, consulte la sección “Apelaciones y quejas”. Para los Servicios cubiertos por Proveedores Fuera del Plan, es posible que usted deba presentar una reclamación por su cuenta. Comuníquese con **Servicio a los Miembros** para obtener más información sobre cómo enviar dichas reclamaciones. El Plan de Salud se apeg a los plazos que exige la ley estatal para la resolución y el pago de las reclamaciones presentadas.

VII. DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

A. Plan de Acceso

La ley de Colorado exige que esté disponible un Plan de Acceso que describa la red de proveedores de Servicios de Kaiser Foundation Health Plan of Colorado. Para obtener una copia, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

B. Acceso a Servicios para hablantes de otros Idiomas

1. **Servicio a los Miembros** proporcionará servicios de interpretación telefónica para ayudar a los Miembros que no hablen inglés o que lo hablen poco.
2. Los Proveedores del Plan tienen acceso telefónico a intérpretes de más de 150 idiomas.
3. Los Proveedores del Plan también pueden solicitar que un intérprete esté presente en una cita, procedimiento o Servicio.
4. Cualquier asistencia por parte de un intérprete que nosotros proporcionemos será sin costo para el Miembro.

C. Administración del Acuerdo

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración eficaz del Acuerdo de Grupo y de esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

D. Instrucciones por Anticipado

La ley federal exige que Kaiser Permanente le informe acerca de su derecho a tomar decisiones sobre la atención médica.

La ley de Colorado reconoce el derecho de un adulto de aceptar o rechazar el tratamiento médico, de obtener alimento e hidratación de manera artificial y de recibir reanimación cardiorrespiratoria. Todo adulto tiene derecho a establecer, anticipándose a la necesidad de tratamiento médico, cualquier directiva e instrucción para la administración de tratamiento médico en caso de que la persona no tenga la capacidad para proporcionar su consentimiento o negación informados de un tratamiento médico. (Estatutos Revisados de Colorado, Sección 15-14-504)

Kaiser Permanente no discriminará en su contra, sin importar si usted tiene instrucciones por anticipado o no. Seguiremos los requisitos de la ley de Colorado para respetar las instrucciones por anticipado. Si tiene instrucciones por anticipado, proporcione una copia al Departamento de Expedientes Médicos de Kaiser Permanente o a su proveedor.

Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica hará la transferencia oportuna del proveedor de atención médica principal a otro proveedor o centro de atención médica si dicho proveedor de atención médica o centro de atención no desean cumplir con la decisión de tratamiento médico del agente con base en políticas basadas en convicciones morales o creencias religiosas. (Estatutos Revisados de Colorado, Sección 15-14-507).

Están disponibles dos (2) folletos: *Your Right to Make Health Care Decisions* (Su derecho a tomar decisiones sobre la atención médica) y *Making Health Care Decisions* (Cómo tomar decisiones sobre la atención médica). Para obtener una copia de estos folletos o para recibir más información, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

E. Acuerdo Vinculante para los Miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de esta EOC, todos los Miembros con capacidad legal para celebrar un contrato, y los representantes legales de los Miembros que no tengan esta capacidad, aceptan todas las disposiciones de esta EOC.

F. Enmienda del Acuerdo

El Acuerdo de su Grupo con nosotros cambiará periódicamente. Si estos cambios afectan esta EOC, su Grupo deberá notificarle sobre ellos. Si es necesario hacer revisiones a esta EOC, le enviaremos los materiales revisados.

G. Solicitudes y Declaraciones

Usted deberá llenar cualquier solicitud, formulario o declaración que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta EOC.

H. Cesiones

Puede asignar por escrito los pagos adeudados por la póliza a un hospital certificado, otro proveedor de atención médica autorizado, un terapeuta ocupacional o un terapeuta de masajes por los Servicios cubiertos que le proporcionaron. Usted no puede ceder esta EOC ni ningún otro derecho, interés u obligación establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

I. Tarifas y Gastos de Abogados

En cualquier disputa entre un Miembro y el Plan de Salud o los Proveedores del Plan, cada parte será responsable de las tarifas y otros gastos de sus propios abogados.

J. Facultad para la Revisión de Reclamaciones

Somos responsables de determinar si usted tiene derecho a los beneficios de esta EOC. Tenemos la autoridad de revisar y evaluar las reclamaciones que surjan a raíz de esta EOC. Realizamos esta evaluación de manera independiente mediante la interpretación de las disposiciones de esta EOC. Si esta EOC es parte de un plan de beneficios de salud que está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), entonces somos una “fiduciaria nombrada” para revisar las reclamaciones en virtud de esta EOC.

K. Contratos con Proveedores del Plan

A los Proveedores del Plan se les paga de varias formas, entre ellas: sueldos, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, tarifas por servicio y pago de incentivos. Si desea obtener más información sobre cómo se les paga a los Proveedores del Plan por brindar o gestionar la atención médica y hospitalaria para los Miembros, llame a **Servicio a los Miembros**.

Nuestros contratos con los proveedores del plan especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que usted deba pagar el costo de los Servicios no cubiertos o los Servicios que reciba por parte de Proveedores Fuera del Plan. Si cancelamos nuestro contrato con un Proveedor del Plan mientras está bajo su cuidado, mantendremos nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que recibe de ese Proveedor, que excedan cualquier monto de Deducible, Copago o Coseguro aplicable, hasta que hagamos los arreglos necesarios para que otro Proveedor del Plan le brinde los Servicios y se lo notifiquemos al Suscriptor.

L. Legislación Aplicable

Con excepción de cuando la ley federal lo impida, esta EOC se regirá por las leyes de Colorado. Cualquier disposición que deba incluirse en esta EOC debido a la ley estatal o federal vinculará a los Miembros y al Plan de Salud, se estipule o no en esta EOC.

M. El Grupo y los Miembros no son Representantes del Plan de Salud

Ni su Grupo ni ningún Miembro actúa como agente o representante del Plan de Salud.

N. Sin Exención

El hecho de que no hagamos cumplir alguna de las disposiciones de esta EOC no constituirá una exención de dicha disposición ni de ninguna otra, ni perjudicará, a partir de ese momento, nuestro derecho a exigir que usted cumpla rigurosamente cualquier disposición.

O. No Discriminación

No discriminamos a las personas en nuestras prácticas de empleo ni al proporcionar Servicios de atención médica con base en su edad, raza, color, nacionalidad, religión, sexo, orientación sexual o discapacidades físicas o mentales.

P. Notificaciones

Le enviaremos cualquier notificación a la dirección más reciente que tengamos del Suscriptor. El Suscriptor es responsable de informarnos sobre cualquier cambio de dirección. Los Miembros que cambien de domicilio deben llamar a **Servicio a los Miembros** lo antes posible para darnos su nueva dirección.

Q. Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por Adquisición

El Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por Adquisición es un evento único que puede ocurrir en el momento de la inscripción abierta inicial. Solo aplica para los siguientes:

1. Miembros de grupos nuevos que se inscriben a Kaiser Foundation Health Plan of Colorado por primera vez. (En esta situación, los Miembros deben haber tenido cobertura de uno de los otros pagadores terciarios del grupo al momento de la inscripción del grupo).
2. Los Miembros de los grupos nuevos o actuales que cambien del estado de no ser el único pagador terciario a ser el único pagador terciario con Kaiser Foundation Health Plan of Colorado. El estado de no ser el único pagador terciario se refiere a cuando un empleado tiene la opción de elegir un plan de salud grupal, ya sea mediante Kaiser Foundation Health Plan of Colorado u otro pagador terciario. (En esta situación, uno de los demás pagadores terciarios del grupo debió haber cubierto a los Miembros cuando el estado de dicho grupo pasó a ser el de único pagador terciario).

Se puede aplicar un crédito en su Gasto Máximo de Bolsillo con el Plan de Salud para ciertos gastos elegibles acumulados en su gasto máximo de bolsillo conforme a su cobertura anterior. Para que los gastos sean elegibles para este crédito, debe enviar una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) emitida por su pagador terciario anterior, en la que se muestre que el gasto se aplicó en su gasto máximo de bolsillo en su cobertura anterior. Todos estos gastos deben ser por Servicios cubiertos y estar sujetos al Gasto Máximo de Bolsillo de esta EOC.

Para los grupos cuya fecha de vigencia de la cobertura sea durante los meses de abril a diciembre, los gastos en los que se incurra del 1 de enero del año actual hasta la fecha de vigencia de la cobertura con Kaiser Foundation Health Plan of Colorado pueden ser elegibles para recibir un crédito.

Para los grupos cuya fecha de vigencia de la cobertura sea durante los meses de enero a marzo, los gastos en los que se incurra hasta 90 días antes de la fecha de vigencia de la cobertura con Kaiser Foundation Health Plan of Colorado pueden ser elegibles para recibir un crédito.

Usted debe enviar todas las reclamaciones de Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por Adquisición en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con el Plan de Salud. Para enviar una reclamación, envíe todas las EOB junto con un Formulario de información del pagador terciario anterior completado al **Departamento de Reclamaciones de Kaiser Permanente**. Para obtener una copia del Formulario de información del pagador terciario anterior, por favor, llame al **Departamento de Reclamaciones**.

R. Recuperación de Pagos en Exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier exceso de pago que hayamos realizado por concepto de Servicios de cualquiera que reciba este exceso de pago o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los Servicios.

S. Prácticas de Privacidad

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). También exigimos a los proveedores contratados que protejan su PHI. La PHI es la información (verbal, escrita o electrónica) sobre su salud, los servicios de atención médica que recibe o los pagos por esta atención, a través de la cual se le puede identificar. En general, usted puede acceder a su PHI, obtener copias de ella, actualizarla o enmendarla, y pedirnos que justifiquemos la revelación de ciertos datos incluidos en ella. También puede solicitar la entrega de comunicaciones confidenciales en un lugar distinto de su dirección habitual o por medios alternativos.

Es posible que usemos o revelemos su PHI para fines relacionados con el tratamiento, el pago y las actividades asociadas con la atención médica, como la mejora de la calidad. En ocasiones, la ley puede exigirnos que divulguemos la PHI a terceros, por ejemplo, a organismos gubernamentales o en virtud de acciones judiciales. Kaiser Permanente no utilizará ni revelará su PHI para ningún otro fin sin su autorización por escrito (o la de su representante), salvo como se describe en nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad* (consulte a continuación). La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. Nuestro *Aviso sobre prácticas de privacidad* proporciona información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su PHI, y se le proporcionará si lo solicita. Para solicitar una copia en papel, por favor, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar el aviso en un Centro del Plan o en nuestro sitio web, kp.org/espanol.

T. Servicios de Valor Agregado

Además de los Servicios que cubrimos en esta EOC, tenemos disponible una variedad de servicios de valor agregado. Su plan no cubre los servicios de valor agregado. El objetivo de estos servicios es darle más opciones para adoptar un estilo de vida saludable. Por ejemplo:

1. Algunas clases de educación para la salud que no cubre su plan;
2. Algunas publicaciones de educación para la salud;
3. Descuentos en membresías para clubes de acondicionamiento físico;
4. Programas de promoción de la salud y para el bienestar, y
5. Recompensas por participar en esos programas.

Algunos de estos servicios de valor agregado están disponibles para todos los Miembros. Otros pueden estar disponibles solo para Miembros inscritos por medio de ciertos grupos o planes. Para aprovechar estos servicios, quizás necesite hacer lo siguiente:

1. mostrar su tarjeta de identificación del Plan de Salud; y
2. pagar la tarifa, si corresponde,

a la compañía que brinda el servicio de valor agregado. Debido a que su plan no cubre estos servicios, las tarifas que pague no se tendrán en cuenta para los cálculos de cobertura, como el Deducible o el Gasto Máximo de Bolsillo.

Para obtener más información acerca de los servicios de valor agregado y saber cuáles tiene disponibles, consulte nuestro sitio web: kp.org/espanol.

Estos servicios de valor agregado no se ofrecen ni están garantizados en la cobertura del Plan de Salud. El Plan de Salud puede cambiar o discontinuar algunos o todos los servicios de valor agregado en cualquier momento y sin previo aviso. Los servicios de valor agregado no se ofrecen como incentivo para comprar un plan de atención médica con nosotros. Aunque su plan no cubre los servicios de valor agregado, es posible que hayamos incluido un cálculo de su costo cuando calculamos las Primas.

El Plan de Salud no avala ni hace ninguna declaración acerca de la calidad o la eficacia médica de los servicios de valor agregado, ni acerca de la integridad financiera de las compañías que los ofrecen. Expresamente rechazamos cualquier responsabilidad por los servicios de valor agregado proporcionados por estas compañías. Si tiene una disputa relacionada con un servicio de valor agregado, debe resolverlo con la compañía que ofrece dicho servicio. Aunque el Plan de Salud no tiene la obligación de ayudar con esta resolución, puede llamar a **Servicio a los Miembros** y un representante puede intentar ayudar a resolver el problema.

U. Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer

De acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998) y según las determinaciones a las que lleguen el médico adjunto y la paciente, proporcionamos la siguiente cobertura después de una mastectomía:

1. reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía
2. cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica (equilibrada)
3. prótesis de seno (reemplazos artificiales)
4. Servicios por complicaciones físicas que sean resultado de la mastectomía

VIII. CANCELACIÓN/PÉRDIDA DE LA RENOVACIÓN/CONTINUACIÓN

Su Grupo debe informar al Suscriptor la fecha de cancelación de la cobertura. Si su membresía es cancelada, todos los derechos a beneficios finalizan a las 11:59 p. m. de la fecha de cancelación. Las membresías de los dependientes terminan en el mismo momento en que finaliza la membresía del Suscriptor. Se le cobrará como no Miembro cualquier Servicio que reciba después de que se cancele su membresía. Después de que su membresía sea cancelada, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen responsabilidad alguna conforme a esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), a excepción de lo que se indica en "Cancelación del acuerdo de Grupo" en esta sección de "Cancelación/pérdida de la renovación/continuación".

Esta sección describe cómo puede finalizar su membresía y explica cómo puede mantener la cobertura del Plan de Salud si finaliza su membresía bajo esta EOC.

A. Cancelación de la Membresía Debido a la Pérdida de Elegibilidad

Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad en la sección de "Elegibilidad", nosotros o su Grupo le daremos un aviso de cancelación por escrito con 30 días de anticipación.

B. Cancelación del Acuerdo de Grupo

Si el Acuerdo de su Grupo con nosotros se cancela por cualquier razón, su membresía finaliza en la misma fecha.

Si el Acuerdo de su Grupo se cancela por motivos distintos a la falta de pago de las Primas, por fraude o abuso, mientras usted sea paciente hospitalizado en un hospital o en una institución, su cobertura continuará hasta la fecha de su alta hospitalaria.

C. Cancelación con Causa

Podemos cancelar las membresías en su Unidad Familiar si alguno de sus integrantes comete alguno de los siguientes actos.

1. Enviaremos al Suscriptor una notificación por escrito que incluirá el motivo de la cancelación al menos 30 días antes de la fecha de cancelación si:
 - a. Usted muestra una conducta perjudicial, indisciplinada o abusiva, por lo que la capacidad del Plan de Salud o de un Proveedor del Plan para brindarle Servicios a usted o a otros Miembros se ve seriamente afectada; o
 - b. No establece ni mantiene una relación satisfactoria entre proveedor y paciente, después de que el Proveedor del Plan haya realizado esfuerzos razonables para promover dicha relación; o
2. Enviaremos al Suscriptor una notificación por escrito que incluirá el motivo de la cancelación al menos 30 días antes de la fecha de cancelación si:
 - a. Usted deliberadamente: (a) hace una afirmación falsa sobre el estado de la membresía; (b) presenta una receta médica o una orden del médico inválida; (c) usa indebidamente (o deja que otra persona haga un uso indebido) de una tarjeta de identificación del Plan de Salud; o (d) comete cualquier otro tipo de fraude en relación con su membresía (incluida su solicitud de inscripción), Plan de Salud o un Proveedor del Plan; o
 - b. Usted deliberadamente nos proporciona información incorrecta o incompleta; o no nos notifica de cambios en su estado familiar o cobertura de Medicare que puedan afectar su elegibilidad o beneficios.

La cancelación de la membresía por cualquiera de estas razones se aplica a todos los miembros de su Unidad Familiar. Todos los derechos a beneficios cesan en la fecha de la cancelación. Le facturarán como no Miembro por cualquier Servicio recibido después de la fecha de cancelación. Usted tiene derecho a apelar dicha cancelación. Para apelar, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**; o puede llamar a la División de Seguros de Colorado.

Podemos informar a las autoridades sobre cualquier fraude que cometa algún Miembro para que tomen las medidas correspondientes. También podemos llevar a cabo las acciones civiles correspondientes.

D. Cancelación por Falta de Pago

Tiene derecho a tener cobertura solo por el período durante el cual recibimos las Primas correspondientes de su Grupo. Si su Grupo no paga las Primas correspondientes a su Unidad Familiar, cancelaremos las membresías de todos los miembros de su Unidad Familiar.

Una vez que se cancele su inscripción por falta de pago de las Primas, el Plan de Salud puede exigirle el pago de las Primas adeudadas por la cobertura anterior en caso de que la ley correspondiente lo permita.

E. Cancelación de un Producto o de todos los Productos (se aplica solo a planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad)

Es posible que cancelemos un producto específico o todos los productos que se ofrezcan en el mercado de grupos según lo permita o exija la ley. Si dejamos de ofrecer un producto específico en el mercado de grupos, cancelaremos ese producto específico enviándole una notificación por escrito por lo menos 90 días antes de que el producto se cancele. Si dejamos de ofrecer todos los productos en un mercado de grupos, cancelaremos el Acuerdo de su Grupo enviándole una notificación por escrito por lo menos 180 días antes de que el Acuerdo se cancele.

F. Anulación de la Membresía

Podemos anular su membresía después de que entre en vigencia si usted o alguien en su nombre realizó una de las siguientes acciones en relación con su membresía (o solicitud) antes de la fecha de vigencia de su membresía:

1. Realizó un acto, práctica u omisión que constituye un fraude, o
2. Hizo, intencionalmente, una declaración falsa sobre un hecho importante, como una omisión en la solicitud.

Enviaremos una notificación por escrito al Suscriptor de su familia por lo menos 30 días antes de que anulemos su membresía. La anulación cancelará su membresía de modo que parezca que esa cobertura nunca existió. Se le pedirá que pague como no Miembro por cualquier Servicio que cubrimos. Le reembolsaremos todas las Primas correspondientes y le descontaremos los montos que usted adeude.

G. Continuación de la Cobertura Grupal Bajo la Ley Federal, la Ley Estatal o USERRA**1. Ley Federal (COBRA)**

Es posible que pueda continuar su cobertura conforme a esta EOC durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exigiera la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). Comuníquese con su Grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de COBRA o cuánto tendrá que pagarle a su Grupo por ella.

2. Ley Estatal

Si no es elegible para continuar con la cobertura de grupo ininterrumpida conforme a la ley federal (COBRA), puede ser elegible para continuar con la cobertura de grupo conforme a la ley de Colorado. La ley de Colorado establece que si ha sido Miembro durante al menos seis (6) meses consecutivos inmediatamente antes de la finalización de la relación laboral, continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del Grupo y del Plan de Salud, y continúa pagando las Primas

mensuales correspondientes a su Grupo, puede seguir teniendo cobertura de grupo ininterrumpida. Si ocurre una pérdida de elegibilidad debido a las siguientes razones, usted o sus Dependientes pueden continuar con la cobertura de grupo sujeta a los siguientes términos:

- a. Su cobertura es por medio de un suscriptor que murió, se divorció o se separó legalmente o adquiere el derecho a los beneficios de Medicare o Medicaid; o
- b. Usted es un Suscriptor (o su cobertura es por medio de un Suscriptor) cuya relación laboral finaliza, incluida la terminación voluntaria o el despido, o cuyas horas de empleo se han reducido.

Puede inscribir a los niños que hayan nacido o que haya recibido en adopción durante el período de continuación de la cobertura. La inscripción y la fecha de vigencia serán las que se especifican en la sección de “Elegibilidad”.

Para continuar con la cobertura, debe solicitar la continuación de la cobertura de grupo en un formulario suministrado por su Grupo y devolverlo a este junto con el pago de las Primas aplicables, a más tardar 30 días después de la fecha de terminación del empleo.

Cancelación de la continuación de la cobertura del estado. La continuación de la cobertura en virtud de esta disposición se reanuda una vez que se haya hecho el pago de las Primas correspondientes a su Grupo y se cancela cuando suceda cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. 18 meses después de que su cobertura se hubiera cancelado debido a la finalización de la relación laboral; o
- b. La fecha en que recibe cobertura por parte de otro plan médico del grupo; o
- c. La fecha en que el Plan de Salud cancele su contrato con el Grupo.

Podemos cancelar su continuación de la cobertura si el pago no se recibe cuando venza.

Si eligió un plan de atención médica alternativo ofrecido por medio de su Grupo, pero lo elige durante la inscripción abierta para recibir la continuación de la cobertura por medio del Plan de Salud, solo tendrá derecho a la cobertura continua durante el resto del período de cobertura máximo de 18 meses.

3. USERRA

Si lo llaman a servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar su cobertura conforme a esta EOC durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exigiera la ley federal de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA). Debe enviar un formulario de elección de USERRA a su Grupo en un plazo de 60 días después de haber recibido su llamada al servicio activo. Comuníquese con su Grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de USERRA o cuánto tendrá que pagarle a su Grupo por ella.

H. Cambio de Domicilio fuera del Área de Servicio

Si se muda a un área donde no haya cobertura de los servicios del plan de salud del área regional de Kaiser, se cancelará su membresía. Treinta (30) días antes de la cancelación, le daremos un aviso en el que se incluirá el motivo de la cancelación.

I. Mudanza a otra Área de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser

Debe notificarnos de inmediato si se muda permanentemente fuera del Área de Servicio. Si se muda a otra área de servicio del plan regional de Kaiser, debe comunicarse con el administrador de beneficios de su Grupo antes de mudarse para obtener información sobre las opciones de atención médica de su Grupo. Se cancelará su cobertura de este plan, pero es posible que pueda transferir su membresía de grupo si hay un acuerdo con su Grupo en la nueva área de servicio. Sin embargo, es posible que los requisitos de elegibilidad, los beneficios, las Primas, los Deducibles, los Copagos, el Coseguro y los límites de Gasto Máximo de Bolsillo no sean los mismos en la otra área de servicio.

IX. APELACIÓN Y QUEJAS

A. Reclamaciones y Apelaciones

El Plan de Salud revisará las reclamaciones y apelaciones, y es posible que dispongamos de expertos médicos para que nos ayuden a revisarlas. Los siguientes términos tienen los siguientes significados cuando se usan en esta sección de “Apelaciones y quejas”:

1. Una **reclamación** es una solicitud para que nosotros:
 - a. proporcionemos o paguemos por un Servicio que usted no haya recibido (reclamación antes de recibir un servicio);
 - b. continuemos brindando o pagando un Servicio que recibe actualmente (reclamación de atención simultánea); o
 - c. paguemos por un Servicio que ya recibió (reclamación después de recibir un servicio).
2. Una **determinación adversa de beneficios** es nuestra decisión de realizar cualquiera de las siguientes acciones:
 - a. negar su reclamación, total o parcialmente, incluida (1) una negación total o parcial de una reclamación previa al servicio (autorización previa para un Servicio), una reclamación de atención simultánea (para que sigamos brindando o pagando un Servicio que recibe actualmente) o una reclamación posterior al servicio (para que paguemos un Servicio) total o parcial; (2) una negación de una solicitud de Servicios bajo el argumento de que el Servicio no es adecuado, efectivo, eficiente o Necesario desde el Punto de Vista Médico, o no se proporciona en el entorno de atención médica o nivel de atención adecuado; o (3) una negación de una solicitud de Servicios bajo el argumento de que el Servicio es experimental o de investigación;

- b. cancelar su membresía de forma retroactiva, a menos que sea resultado de la falta de pago de las primas (también se conoce como anulación o cancelación de forma retroactiva);
- c. negar su solicitud (o, si corresponde, la de un dependiente) para recibir la cobertura del plan individual, o
- d. mantener una determinación adversa de beneficios anterior en caso de que usted haya presentado una apelación.

Además, si negamos una solicitud de atención médica porque está excluida conforme a esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y usted presenta evidencia de parte de un profesional médico de Colorado de que existe un fundamento médico razonable para que la exclusión contractual no se aplique a la atención médica negada, dicha negación se considerará una determinación adversa de beneficios.

3. Una **apelación** es una solicitud para que revisemos nuestra determinación adversa de beneficios inicial.

Si pierde una fecha límite para presentar una reclamación o una apelación, podemos rechazar su revisión.

Excepto que se pueda realizar una revisión externa simultánea, debe agotar el procedimiento interno de reclamaciones y apelaciones tal como se describe en la sección “Apelaciones y quejas”, a menos que no sigamos el proceso de reclamaciones y apelaciones que se describe en la sección IX.

Ayuda con el Idioma y la Traducción

Para solicitar ayuda con el idioma para su reclamación o apelación, llame a **Servicio a los Miembros**.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 303-338-3800.

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 303-338-3800.

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 303-338-3800.

NAVAJO (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 303-338-3800.

Cómo Designar a un Representante

Si desea que alguien (incluido su proveedor [centro de atención o profesional de la salud]) actúe en su nombre en relación con su reclamación, puede designar a un representante autorizado. Esta designación debe hacerse por escrito. Comuníquese con **Servicio a los Miembros** para obtener información sobre cómo designar a un representante. Deberá pagarle a la persona que contrate para que lo ayude o represente.

Ayuda con su Reclamación o Apelación

Puede comunicarse con la División de Seguros de Colorado en:

Colorado Division of Insurance
1560 Broadway, Suite 850
Denver, Colorado 80202
(303) 894-7499

Cómo Revisar Información sobre su Reclamación

Si desea revisar la información que hemos recopilado sobre su reclamación, puede solicitarla y le daremos, sin cargo alguno, copias de los documentos y registros pertinentes, así como otro tipo de información. Puede solicitar nuestro formulario de Autorización para entregar información de la apelación si llama al **Appeals Program**.

Además, tiene derecho a solicitar todos los códigos de diagnóstico y tratamiento, y sus significados, que estén vinculados con su reclamación. Para hacer una solicitud, puede comunicarse con **Servicio a los Miembros**.

Proporcionar Información Adicional sobre su Reclamación o Apelación

Cuando apele, puede enviarnos información adicional, incluidos comentarios, documentos u otras historias clínicas que considere que respaldan su reclamación. Si le solicitamos información adicional y no la ofreció antes de que tomemos nuestra decisión inicial sobre su reclamación, igual podrá enviárnosla para que la incluyamos en la revisión de la apelación, en caso de que la solicite. Envíe toda la información adicional al departamento que emitió la determinación adversa de beneficios.

Cuando presente su apelación, puede proporcionar su declaración por escrito o por teléfono. Envíe su declaración por escrito a **Appeals Program**. Para programar una declaración por teléfono, debe comunicarse con **Appeals Program**.

Agregaremos a su archivo de reclamaciones la información que proporcione en su declaración o por otro medio, y la revisaremos independientemente de si esta información se envió o se tomó en cuenta en nuestra decisión inicial sobre su reclamación.

Cómo se Comparte la Información Adicional que Recopilamos

Si creemos que se negará la apelación de nuestra determinación adversa de beneficios inicial, entonces, antes de emitir nuestra próxima determinación adversa de beneficios, también compartiremos con usted cualquier razón nueva o adicional que nos haya llevado a tomar esa decisión. Le enviaremos una carta en la que se le explicará la información o los motivos nuevos o adicionales, y le informaremos cómo puede responder a la información de la carta, si es que decide hacerlo. Si no responde antes de que tengamos que tomar nuestra próxima decisión, esta decisión se basará en la información que tengamos en ese momento en el expediente de su reclamación.

Procedimientos Internos de Reclamaciones y Apelaciones

Existen varios tipos de reclamaciones y cada uno tiene un procedimiento diferente, que se describe a continuación, para enviarnos su reclamación y apelación según se describe en esta sección de Procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones:

1. reclamaciones previas a un servicio (urgentes y no urgentes)
2. reclamaciones de atención simultánea (urgentes y no urgentes)
3. reclamaciones después de recibir un servicio

Además, existe un procedimiento de apelaciones diferente para las determinaciones adversas de beneficios debido a una cancelación retroactiva de la membresía (anulación) o una negación de la solicitud de cobertura del plan individual.

Cuando presente una apelación, revisaremos su reclamación sin tener en cuenta nuestra determinación adversa de beneficios previa. La persona que revise su apelación no habrá participado en nuestra decisión original relacionada con su reclamación ni tampoco será la subordinada de alguien que haya participado en nuestra decisión original.

1. Reclamaciones y Apelaciones Antes de Recibir un Servicio

Las reclamaciones antes de recibir un Servicio son solicitudes que proporcionamos o pagamos por un Servicio que todavía no recibió. Si no presenta una Autorización antes de recibir un Servicio que debe autorizarse o certificarse previamente para tener cobertura, es posible que neguemos el pago de la reclamación anterior al Servicio. Si recibe alguno de los Servicios que solicita antes de que tomemos nuestra decisión, su reclamación o apelación previas al Servicio serán una reclamación o una apelación posterior al Servicio en lo que respecta a ese caso. Si tiene preguntas generales sobre reclamaciones o apelaciones antes de recibir un servicio, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

Estos son los procedimientos para presentar una reclamación antes de recibir un servicio, una apelación antes de recibir un servicio no urgente y una apelación antes de recibir un servicio urgente.

a. Reclamación Antes de Recibir un Servicio

Informe al Plan de Salud por escrito si desea que le brindemos o paguemos un Servicio que aún no ha recibido. Su solicitud y cualquier otro documento relacionado que nos entregue constituyen su reclamación. Debe enviar por correo o por fax su reclamación a **Servicio a los Miembros**.

Si desea que consideremos con carácter urgente su reclamación antes de recibir un servicio, debe informarnos sobre esto en su solicitud. Decidiremos si su reclamación es urgente o no a menos que su proveedor de atención médica tratante nos informe que su reclamación es urgente. Si determinamos que su reclamación no es urgente, la trataremos como tal. Por lo general, una reclamación se considera urgente solo cuando seguir el procedimiento para las reclamaciones no urgentes (a) podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, creara una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente; o (b) lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin los Servicios que usted solicita conforme a la opinión de un médico que conozca su condición. Podemos renunciar a los requisitos relacionados con la reclamación urgente y la apelación para permitirle solicitar una revisión externa acelerada, pero no estamos obligados a hacerlo.

Revisaremos su reclamación y, si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión dentro de un período razonable, pero a más tardar 15 días después de haber recibido su reclamación. Podemos extender el tiempo para tomar una decisión hasta 15 días adicionales en caso de que circunstancias fuera de nuestro control retrasen la decisión, siempre y cuando le notifiquemos antes del vencimiento del período inicial de 15 días y le expliquemos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional y cuándo prevemos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, se la pediremos dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su reclamación y le daremos 45 días para que nos la envíe. Tomaremos una decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la primera información (incluidos los documentos) que solicitamos. Le recomendamos que envíe toda la información solicitada al mismo tiempo para que podamos analizarla en su totalidad a la hora de tomar una decisión. Si no recibimos algo de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro de los 45 días después de que hayamos enviado nuestra solicitud, tomaremos una decisión de acuerdo con la información que tenemos dentro de los 15 días posteriores al final del período de 45 días.

Le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión y, si corresponde, a su proveedor. Indíquenos si desea que le enviemos la decisión a su proveedor.

Si su reclamación antes de recibir un servicio se consideró con carácter urgente, le notificaremos nuestra decisión (ya sea adversa o no) de forma verbal o por escrito dentro de un plazo adecuado a su condición clínica, pero a más tardar 72 horas después de haber recibido su reclamación. En un plazo de 24 horas contadas a partir de la recepción de su reclamación, podemos solicitarle más información. Le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas a partir de la recepción de la primera información solicitada. Si no recibimos ninguna información solicitada, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 48 horas contados a partir de haber realizado nuestra solicitud. Si le notificamos de forma verbal nuestra decisión, le enviaremos una confirmación por escrito en un plazo de tres (3) días posteriores.

Si denegamos su reclamación (si no estamos de acuerdo en proporcionar o pagar todos los Servicios que solicitó), nuestro aviso de determinación adversa de beneficios le informará por qué negamos su reclamación y cómo puede apelar.

b. Apelación Antes de Recibir un Servicio No Urgente

En un plazo de 180 días contados a partir de la recepción de nuestra notificación de determinación adversa de beneficios, debe informarnos por escrito que desea apelar nuestra negación de su reclamación antes de recibir un servicio. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) su condición médica o síntomas pertinentes, (3) el Servicio específico que solicita, (4) todos los motivos por los que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios, y (5) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Debe enviar su apelación por correo o por fax a **Appeals Program**.

Programaremos una reunión de apelación y estableceremos un plazo que nos permita tomar una decisión sobre la apelación de forma oportuna. Puede asistir a la reunión de apelación en persona o a través de una conferencia telefónica y puede llevar a asesores, defensores y profesionales de la salud. A menos que solicite estar presente en la reunión de apelación en persona o por conferencia telefónica, realizaremos su apelación como una revisión del expediente. También puede presentar documentación adicional durante esta reunión. Los miembros del comité de apelaciones que revisarán la apelación analizarán la documentación adicional. Si las solicita, le entregaremos copias de toda la información que presentaremos en la reunión de apelación al menos 5 días antes de la reunión, con la excepción de la información nueva que recopilamos luego de ese plazo. Podrá pedir que se grabe la reunión de apelación, en caso de que corresponda, y que se le envíe una copia de la grabación.

Revisaremos la apelación y le enviaremos una decisión por escrito dentro de un período razonable que sea adecuado en función de su condición médica, pero a más tardar 30 días posteriores a la recepción de la apelación.

Si negamos la apelación, le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios para informarle el motivo e incluiremos información sobre los próximos pasos que puede tomar, incluida la revisión externa.

c. Apelación Antes de Recibir un Servicio Urgente

Díganos que desea apelar urgentemente nuestra determinación adversa de beneficios con respecto a su reclamación antes de recibir un servicio. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) su condición médica o síntomas, (3) el Servicio específico que solicita, (4) todos los motivos por los que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios, y (5) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Puede enviar su apelación de forma oral, por correo o por fax a **Appeals Program**.

Cuando envíe su apelación, también puede solicitar una revisión externa simultánea de nuestra determinación adversa de beneficios inicial. Si desea una revisión externa simultánea, esto debe indicarse en su apelación. Usted será elegible para la revisión externa simultánea solo si su apelación antes de recibir un servicio califica como urgente. Si no solicita una revisión externa simultánea en su apelación, entonces puede solicitar una revisión externa después de que tomemos nuestra decisión con respecto a su apelación (consulte “Revisión externa” en esta sección de “Apelaciones y quejas”) si nuestra decisión de apelación interna no es a su favor.

Decidiremos si su apelación es urgente o no urgente a menos que su proveedor de atención médica tratante nos informe que su apelación es urgente. Si determinamos que su apelación no es urgente, la trataremos como tal. Por lo general, una apelación se considera urgente solo cuando seguir el procedimiento para las apelaciones no urgentes (a) podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, creara una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente; o (b) lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin los Servicios que usted solicita conforme a la opinión de un médico que conozca su condición. Podemos renunciar a los requisitos relacionados con una apelación urgente para permitirle solicitar una revisión externa acelerada, pero no estamos obligados a esto.

No tiene derecho a asistir a la revisión acelerada ni tampoco a llevar a asesores, defensores ni profesionales de la salud. Sin embargo, tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales para que los revisores los tengan en cuenta y de recibir sin cargo las copias de todos los documentos, registros y otra información sobre su solicitud de beneficios siempre y cuando las solicite.

Revisaremos su apelación y le enviaremos un aviso verbal o escrito de nuestra decisión tan pronto como su condición clínica lo requiera, en un plazo máximo de 72 horas después de haber recibido su apelación. Si le notificamos de forma verbal nuestra decisión, le enviaremos una confirmación por escrito en un plazo de tres (3) días posteriores.

Si negamos la apelación, le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios para informarle el motivo e incluiremos información sobre los próximos pasos que puede tomar, incluida la revisión externa.

2. Reclamaciones y Apelaciones de Atención Simultánea

Las reclamaciones de atención simultánea son solicitudes para que el Plan de Salud continúe brindando o pagando un ciclo de tratamiento continuo o Servicios cubiertos por un período o número de tratamientos o Servicios determinados, cuando finalice el ciclo de tratamiento o Servicios que ya se reciben. Si tiene preguntas generales sobre reclamaciones o apelaciones de atención simultánea, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

A menos que apele una reclamación de atención urgente simultánea, si (a) denegamos su solicitud de extender su atención continua autorizada actual (su reclamación de atención simultánea) o (b) le informamos que la atención autorizada que recibe actualmente terminará de manera temprana y apela nuestra decisión (una determinación negativa de beneficios), puede continuar recibiendo los Servicios autorizados durante el período en el que consideremos su apelación. Si continúa recibiendo estos Servicios mientras consideramos su apelación y su apelación no resulta en nuestra aprobación de su reclamación de atención simultánea, entonces solo pagaremos por la continuación de los Servicios hasta que le notifiquemos nuestra decisión de apelación.

Estos son los procedimientos para presentar una reclamación de atención simultánea, una apelación de atención simultánea no urgente y una apelación de atención simultánea urgente:

a. Reclamación de Atención Simultánea

Díganos por escrito que desea realizar una reclamación de atención simultánea para tratamiento cubierto en curso. Infórmenos en detalle los motivos por los cuales su atención continua autorizada debe seguir o extenderse. Su solicitud y cualquier otro documento relacionado que nos entregue constituyen su reclamación. Debe enviar por correo o por fax su reclamación a **Servicio a los Miembros**.

Si desea que consideremos su reclamación como urgente y se comunica con nosotros al menos 24 horas antes de que finalice su atención, puede solicitar que revisemos su reclamación simultánea de manera urgente. Decidiremos si su reclamación es urgente o no a menos que su proveedor de atención médica tratante nos informe que su reclamación es urgente. Si determinamos que su reclamación no es urgente, la trataremos como tal. Por lo general, una reclamación se considera urgente solo cuando seguir el procedimiento para las reclamaciones no urgentes: (a) podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, creara una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente; o (b) lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin los Servicios que usted solicita conforme a la opinión de un médico que conozca su condición. Podemos, pero no estamos obligados a renunciar a los requisitos relacionados con una reclamación urgente o una apelación de esta para permitirle solicitar una revisión externa acelerada.

Revisaremos su reclamación y, si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión dentro de un período razonable. Si presentó su reclamación 24 horas o más antes de que finalice su atención autorizada, tomaremos una decisión antes de que efectivamente finalice su atención autorizada (es decir, en las 24 horas posteriores a recibir su reclamación). Si su atención autorizada finalizó antes de que presentara su reclamación, tomaremos nuestra decisión en un plazo máximo de 15 días después de recibirla. Podemos extender el tiempo para tomar una decisión hasta 15 días adicionales en caso de que circunstancias fuera de nuestro control retrasen la decisión, siempre y cuando le notifiquemos antes de que pasen los primeros 15 días y le expliquemos por qué necesitamos el tiempo adicional y cuándo esperamos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, se la pediremos antes de que finalice el período de decisión inicial, y tendrá tiempo hasta que finalice su atención o, si su atención ha finalizado, hasta 45 días para enviarnos la información. Tomaremos nuestra decisión lo antes posible, si su atención no ha finalizado, o en un plazo de 15 días a partir de la recepción de cualquier información (incluidos documentos) que solicitemos. Le recomendamos que envíe toda la información solicitada al mismo tiempo para que podamos considerar todo cuando tomemos una decisión. Si no recibimos la información solicitada (incluidos los documentos) dentro del plazo establecido después de que hayamos enviado la solicitud, tomaremos una decisión de acuerdo con la información que tenemos dentro del plazo establecido, que no excederá los 15 días posteriores a los 45 días que le dimos para que enviara la información adicional.

Le enviaremos una notificación por escrito de nuestra decisión y, si corresponde, a su proveedor, previa solicitud. Indíquenos si desea que le enviemos la decisión a su proveedor.

Si consideramos su reclamación simultánea como urgente, le notificaremos nuestra decisión de forma verbal o por escrito tan pronto como lo requiera su condición clínica, pero a más tardar 24 horas después de que recibamos su apelación. Si le notificamos de forma verbal nuestra decisión, le enviaremos una confirmación por escrito en un plazo de tres (3) días contados a partir de la recepción de su reclamación.

Si denegamos su reclamación (si no estamos de acuerdo en proporcionar o pagar por extender el ciclo de tratamiento continuo o los Servicios), nuestro aviso de determinación adversa de beneficios le informará por qué negamos su reclamación y cómo puede apelar.

b. Apelación de Atención Simultánea No Urgente

En un plazo de 180 días contados a partir de la recepción de nuestra notificación de determinación adversa de beneficios, debe informarnos por escrito que desea apelar nuestra determinación adversa de beneficios. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) su condición médica o síntomas, (3) el tratamiento cubierto en curso que desea continuar o ampliar, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y todos los documentos de respaldo constituyen su apelación. Debe enviar su apelación por correo o por fax a **Appeals Program**.

Programaremos una reunión de apelación y estableceremos un plazo que nos permita tomar una decisión sobre la apelación de forma oportuna. Puede asistir a la reunión de apelación en persona o a través de una conferencia telefónica y puede llevar a asesores, defensores y profesionales de la salud. A menos que solicite estar presente en la reunión de apelación en persona o por conferencia telefónica, realizaremos su apelación como una revisión del expediente. También puede presentar documentación adicional durante esta reunión. Los miembros del comité de apelaciones que revisarán la apelación analizarán la documentación adicional. Si las solicita, le entregaremos copias de toda la información que presentaremos en la reunión de apelación al menos 5 días antes de la reunión, con la excepción de la información nueva que recopilemos luego de ese plazo. Podrá pedir que se grabe la reunión de apelación, en caso de que corresponda, y que se le envíe una copia de la grabación.

Revisaremos su apelación y le enviaremos una decisión por escrito lo antes posible si su atención no ha finalizado, pero a más tardar 30 días después de haber recibido su apelación.

Si negamos su apelación, nuestra decisión de determinación adversa de beneficios le indicará por qué negamos su apelación e incluirá información sobre cualquier proceso adicional, incluida la revisión externa, que puede estar disponible para usted.

c. Apelación de Atención Simultánea Urgente

Díganos que desea apelar urgentemente nuestra determinación adversa de beneficios con respecto a su reclamación simultánea urgente. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) su condición médica o síntomas, (3) el tratamiento cubierto en curso que desea continuar o ampliar, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (5) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Puede enviar su apelación de forma oral, por correo o por fax a **Appeals Program**.

Cuando envíe su apelación, también puede solicitar una revisión externa simultánea de nuestra determinación adversa de beneficios. Si desea una revisión externa simultánea, esto debe indicarse en su apelación. Usted será elegible para la revisión externa simultánea solo si su reclamación de atención simultánea califica como urgente. Si no solicita una revisión externa simultánea en su apelación, entonces puede solicitar una revisión externa después de que tomemos nuestra decisión con respecto a su apelación (consulte “Revisión externa” en esta sección de “Apelaciones y quejas”).

Decidiremos si su apelación es urgente o no urgente a menos que su proveedor de atención médica tratante nos informe que su apelación es urgente. Si determinamos que su apelación no es urgente, la trataremos como tal. Por lo general, una apelación se considera urgente solo cuando seguir el procedimiento para las apelaciones no urgentes: (a) podría poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, creara una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente; o (b) lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin continuar el tratamiento con cobertura, conforme a la opinión de un médico que conozca su condición. Podemos renunciar a los requisitos relacionados con una apelación urgente para permitirle solicitar una revisión externa acelerada, pero no estamos obligados a esto.

No tiene derecho a asistir a la revisión acelerada ni tampoco a llevar a asesores, defensores ni profesionales de la salud. Sin embargo, tiene derecho a presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otros materiales para que los revisores los tengan en cuenta y de recibir sin cargo las copias de todos los documentos, registros y otra información sobre su solicitud de beneficios siempre y cuando las solicite.

Revisaremos su apelación y le notificaremos nuestra decisión de forma oral o por escrito tan pronto como lo requiera su condición clínica, en un plazo máximo de 72 horas después de recibir su apelación. Si le notificamos de forma verbal nuestra decisión, le enviaremos una confirmación por escrito en un plazo de tres (3) días posteriores.

Si negamos su apelación, nuestra notificación de determinación adversa de beneficios le indicará por qué negamos su apelación e incluirá información sobre cualquier proceso adicional, incluida la revisión externa, que puede estar disponible para usted.

3. Reclamaciones y Apelaciones Después de Recibir un Servicio

Las reclamaciones después de recibir un servicio son solicitudes para que paguemos por Servicios que usted ya recibió, incluidas las reclamaciones por Servicios de Emergencia fuera del Plan. Si tiene preguntas generales sobre reclamaciones o apelaciones después de recibir un Servicio, llame a **Servicio a los Miembros**.

Estos son los procedimientos para presentar una reclamación o una apelación después de recibir un Servicio:

a. Reclamación Después de Recibir un Servicio

Dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió los Servicios, envíenos una carta por correo postal y explique los Servicios por los que solicita un pago. Proporcione lo siguiente: (1) la fecha en que recibió los Servicios, (2) dónde los recibió, (3) quién los proporcionó y (4) por qué considera que debemos pagar por los Servicios. Debe incluir una copia de la factura, su expediente médico y cualquier documento de respaldo. Su carta y los documentos relacionados constituyen su reclamación. O bien, puede comunicarse con **Servicio a los Miembros** para obtener un formulario de reclamaciones. Debe enviar su reclamación por correo o por fax al **Departamento de Reclamaciones**.

No aceptaremos ni pagaremos las reclamaciones que recibamos luego de los doce (12) meses a partir de la fecha de los Servicios.

Revisaremos su reclamación y, si tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días después de haber recibido su reclamación. Podemos extender el tiempo para tomar una decisión hasta 15 días adicionales en caso de que circunstancias fuera de nuestro control retrasen la decisión, siempre y cuando le notifiquemos dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su reclamación y le expliquemos las circunstancias por las cuales necesitamos el tiempo adicional y cuándo prevemos tomar una decisión. Si le decimos que necesitamos más información, se la pediremos y le daremos 45 días para enviarla. Tomaremos una decisión dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la primera información (incluidos los documentos) que solicitamos. Le recomendamos que envíe toda la información solicitada al mismo tiempo para que podamos considerar todo cuando tomemos una decisión. Si no recibimos algo de la información solicitada (incluidos los documentos) dentro de los 45 días después de que hayamos enviado nuestra solicitud, tomaremos una decisión de acuerdo con la información que tenemos dentro de los 15 días posteriores al final del periodo de 45 días.

Si denegamos su reclamación (si no pagamos por todos los Servicios que solicitó), nuestro aviso de determinación adversa de beneficios le informará por qué negamos su reclamación y cómo puede apelar.

b. Apelación Después de Recibir un Servicio

Dentro de los 180 días posteriores a la recepción de nuestra determinación adversa de beneficios, díganos por escrito que desea apelar nuestra negación de su reclamación después de recibir un servicio. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) su condición médica o sus síntomas, (3) los Servicios específicos que desea que paguemos, (4) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios, y (5) todos los documentos de respaldo, como los expedientes médicos. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Debe enviar su apelación por correo o por fax a **Appeals Program**.

Programaremos una reunión de apelación y estableceremos un plazo que nos permita tomar una decisión sobre la apelación de forma oportuna. Puede asistir a la reunión de apelación en persona o a través de una conferencia telefónica y puede llevar a asesores, defensores y profesionales de la salud. A menos que solicite estar presente en la reunión de apelación en persona o por conferencia telefónica, realizaremos su apelación como una revisión del expediente. También puede presentar documentación adicional durante esta reunión. Los miembros del comité de apelaciones que revisarán la apelación (y que no participaron en la decisión original que tomamos respecto de la reclamación) analizarán la documentación adicional. Si las solicita, le entregaremos copias de toda la información que presentaremos en la reunión de apelación al menos 5 días antes de la reunión, con la excepción de la información nueva que recopilamos luego de ese plazo. Podrá pedir que se grabe la reunión de apelación, en caso de que corresponda, y que se le envíe una copia de la grabación.

Revisaremos su apelación y le enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días después de haber recibido su apelación.

Si denegamos su apelación, nuestra determinación adversa de beneficios le indicará el porqué e incluirá información sobre cualquier proceso adicional, incluida la revisión externa, que puede estar disponible para usted.

Segunda Instancia Voluntaria de Apelación

En los 60 días posteriores a la recepción de nuestra decisión negativa con respecto a su apelación, puede solicitar que revisemos nuestra decisión sobre el beneficio nuevamente. Programaremos una revisión de su segunda apelación en los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud y le notificaremos sobre la fecha y hora de esta revisión 20 días, como mínimo, antes de que se lleve a cabo. Tiene derecho a solicitar una prórroga. Tiene derecho a participar de la reunión en persona o por conferencia telefónica. Tomaremos una decisión en los 7 días posteriores a la reunión.

Apelaciones de Cancelación de Membresía Retroactiva (anulación o cancelación de manera retroactiva)

Podemos cancelar su membresía de manera retroactiva (consulte “Anulación de la membresía” en la sección “Cancelación/pérdida de la renovación/continuación”). Le enviaremos una notificación por escrito al menos 30 días antes de la cancelación. Si tiene preguntas generales sobre cancelaciones o apelaciones de la membresía retroactiva, por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

Este es el procedimiento para presentar la apelación de una cancelación de membresía retroactiva:

En un plazo de 180 días a partir de la recepción de nuestra determinación adversa de beneficios de que su membresía se cancelará de forma retroactiva, debe informarnos por escrito que desea apelar nuestra cancelación de su membresía de forma retroactiva. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de historia clínica, (2) todos los motivos por los que no está de acuerdo con nuestra cancelación de la membresía retroactiva y (3) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Debe enviar su apelación a **Servicio a los Miembros**.

Revisaremos su apelación y le enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días después de haber recibido su apelación.

Si negamos la apelación, le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios para informarle el motivo e incluiremos información sobre los próximos pasos que puede tomar, incluida la revisión externa.

Apelación por Negación de Solicitud de Plan Individual

Este es el procedimiento para presentar una apelación por la negación de una solicitud para inscribirse en un plan individual:

Dentro de los 180 días posteriores a la recepción de nuestro aviso de determinación adversa de beneficios, debe informarnos por escrito que desea apelar nuestra negación de su solicitud de inscripción en un plan individual. Incluya lo siguiente: (1) su nombre y número de referencia de solicitud, (2) todas las razones por las que no está de acuerdo con nuestra determinación adversa de beneficios y (3) todos los documentos de respaldo. Su solicitud y los documentos de respaldo constituyen su apelación. Envíe la apelación por correo a la siguiente dirección:

Member Services
P.O. Box 203004
Denver, CO 80220-9004

Revisaremos su apelación y le enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días después de haber recibido su apelación.

Si negamos la apelación, le enviaremos un aviso de determinación adversa de beneficios para informarle el motivo e incluiremos información sobre los próximos pasos que puede tomar, incluida la revisión externa.

Revisión Externa

Después de recibir una carta de decisión adversa con respecto a su Apelación de primer nivel o Apelación voluntaria de segundo nivel, es posible que tenga derecho a solicitar una revisión externa.

Tiene derecho a solicitar una revisión externa independiente de nuestra decisión si esta implica una determinación adversa de beneficios con respecto a la negación de una reclamación, total o parcialmente, que sea (1) una negación de una autorización previa para un Servicio; (2) una negación de una solicitud de Servicios debido a que el Servicio no es Necesario desde el Punto de Vista Médico, apropiado, efectivo o eficiente o no se proporciona en el entorno de atención médica o nivel de atención apropiado; o (3) una negación de una solicitud de Servicios debido a que el Servicio es con fines experimentales o de investigación. Si nuestra decisión negativa final no involucra una determinación de beneficio negativa que se describe en la oración anterior, su reclamación **no** es elegible para una revisión externa, a menos que haya una revisión externa independiente disponible cuando negamos su apelación porque solicita atención médica que está excluida en su plan de Kaiser Permanente y presente evidencia de parte de un profesional titulado de Colorado de que existe un fundamento médico razonable de que la exclusión no aplica.

No será responsable del costo de la revisión externa. No hay un monto mínimo en dólares para que una reclamación sea elegible para una revisión externa.

Para solicitar una revisión externa, debe hacer lo siguiente:

1. Enviar un formulario completado de revisión externa independiente de la determinación adversa definitiva del pagador terciario que se incluirá con la carta de decisión de apelación interna obligatoria y la explicación de sus derechos de apelación (puede llamar al **Appeals Program** para solicitar una copia de este formulario) al **Appeals Program** en un plazo de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de recepción de la decisión de apelación interna obligatoria o la decisión de apelación voluntaria de segundo nivel. Consideraremos que la fecha de recepción de nuestra notificación será tres (3) días después de la fecha en que se redactó nuestra notificación, a menos que pueda probar que recibió nuestra notificación después de que terminara el período de los tres (3) días.
2. Incluya en su solicitud por escrito una declaración que nos autorice a entregar su archivo de reclamación con su información médica, incluida su historia clínica. También puede completar y enviar un formulario de Autorización para entregar información de apelación, que se incluye con la carta de decisión de apelación interna obligatoria y la explicación de sus derechos de apelación (puede llamar a **Appeals Program** para solicitar una copia de este formulario).

Si no recibimos su formulario de solicitud de revisión externa o el formulario de autorización para entregar su información de salud, no podremos responder a su solicitud. Debemos recibir toda esta información antes del final del plazo correspondiente (4 meses) para su solicitud de revisión externa.

Revisión Externa Acelerada

Puede solicitar una revisión acelerada si (1) tiene una condición médica para la cual el plazo para completar una revisión estándar pondría en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga

una discapacidad física o mental, crearía una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente o (2) en la opinión de un médico con conocimiento de su condición médica, el plazo para completar una revisión estándar lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin los servicios médicos que usted solicita conforme a la opinión de un médico que conozca su condición. Una solicitud de revisión externa acelerada debe ir acompañada de una declaración escrita de su médico que indique que su condición cumple con los criterios para una revisión acelerada. Debe incluir la certificación del médico de que cumple con los criterios de revisión externa acelerada cuando envíe su solicitud de revisión externa junto con la demás información requerida (descrita anteriormente).

Requisitos Adicionales para la Revisión Externa con respecto a Servicios Experimentales o de Investigación

Puede solicitar una revisión externa o una revisión externa acelerada que implique una determinación adversa de beneficios basada en que el Servicio es experimental o de investigación. Su solicitud de revisión externa o revisión externa acelerada debe incluir una declaración escrita de su médico que indique que (a) los servicios o tratamientos de atención médica estándar no han sido efectivos para mejorar su condición o que no son apropiados para usted desde el punto de vista médico, o (b) no existe ningún servicio o tratamiento de atención médica estándar disponible cubierto por esta EOC que sea más benéfico que el servicio de atención médica recomendado o solicitado (el médico debe certificar que los estudios científicamente válidos que utilizan protocolos aceptados demuestran que el servicio o tratamiento de atención médica solicitado es más probable que sea más benéfico para usted que los servicios o tratamientos de atención médica estándar disponibles), y el médico está titulado, certificado por la junta o es elegible por la junta para ejercer en el área de la medicina que trata su condición. Si solicita una revisión externa acelerada, entonces su médico también debe certificar que el servicio o tratamiento de atención médica solicitado sería menos eficaz si no se inicia de inmediato. Estas certificaciones deben enviarse junto con su solicitud de revisión externa.

No hay una revisión externa acelerada disponible cuando ya ha recibido la atención médica que es el tema de su solicitud de revisión externa. Si no califica para la revisión externa acelerada, trataremos su solicitud como una solicitud de revisión externa estándar.

Después de recibir su solicitud de revisión externa, le notificaremos la información relacionada con la entidad de revisión externa independiente que la División de Seguros seleccionó para realizar la revisión externa.

Si negamos su solicitud de revisión externa estándar o acelerada, incluida cualquier afirmación de que no hemos cumplido con los requisitos aplicables relacionados con nuestro procedimiento interno de reclamaciones y apelaciones, entonces podemos notificarle por escrito e incluir las razones específicas de la negación. Nuestra notificación incluirá información sobre su derecho a apelar la negación ante la División de Seguros. Al mismo tiempo que le enviemos esta notificación de negación, le enviaremos una copia a la División de Seguros.

No podrá presentar su apelación en persona ante la organización de revisión externa independiente. Sin embargo, puede enviar cualquier información adicional que sea significativamente diferente de la información proporcionada o considerada durante el procedimiento interno de reclamaciones y apelaciones y, si corresponde, el proceso de segundo nivel de apelación voluntaria. Si envía información nueva, podemos considerarla y cambiar nuestra decisión con respecto a su apelación.

Puede enviar su información adicional a la organización de revisión externa independiente para su consideración durante su revisión en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de nuestra notificación que indique la organización de revisión independiente que ha sido seleccionada para realizar la revisión externa de su reclamación. Aunque no es obligatorio, la organización de revisión independiente puede aceptar y considerar información adicional enviada después de que finalice este período de cinco (5) días hábiles.

La entidad de revisión externa independiente revisará la información con respecto a su reclamación de beneficios y basará su determinación en una revisión objetiva de la evidencia médica y científica pertinente. En un plazo de 45 días a partir de la recepción por parte de la entidad de revisión externa de su solicitud de revisión externa estándar, deberá notificarle por escrito su decisión. Si la entidad de revisión externa independiente decidirá su solicitud de revisión externa acelerada, la entidad de revisión externa independiente tomará su decisión lo más rápido posible y no más de 72 horas después de recibir su solicitud de revisión externa y, en un plazo de 48 horas a partir de haberle notificado de forma verbal su decisión, proporcionará una confirmación por escrito de su decisión. Esta notificación explicará la decisión de la entidad de revisión externa y que la decisión de revisión externa es la apelación definitiva disponible conforme a la ley de seguros estatal. Una decisión de revisión externa es vinculante para el Plan de Salud y usted, excepto en la medida en que el Plan de Salud y usted tengan la opción de intentar otras acciones conforme a la ley federal o estatal. Usted o su representante designado no pueden presentar una solicitud posterior de revisión externa que implique la misma determinación adversa del Plan de Salud para la cual ya recibió una decisión de revisión externa.

Si la organización independiente de revisión externa anula nuestra negación de pago por la atención que usted ya recibió, emitiremos el pago en un plazo de cinco (5) días hábiles. Si la organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de no autorizar reclamaciones antes de recibir un servicio o por atención simultánea, Kaiser Permanente autorizará la atención en un plazo de un (1) día hábil. Dichos servicios cubiertos se proporcionarán sujetos a los términos y condiciones aplicables a los beneficios de su plan.

Excepto en caso de que se admita que haya una revisión externa de manera simultánea con su apelación antes de recibir un servicio urgente o su apelación de atención simultánea urgente, debe agotar nuestro procedimiento interno de reclamaciones y apelaciones (pero no el segundo nivel de apelación voluntaria) para su reclamación antes de solicitar una revisión externa a menos que no hayamos cumplido sustancialmente con los requisitos de la ley federal o estatal con respecto a nuestros procedimientos de reclamaciones y apelaciones.

Revisión Adicional

Si sigue insatisfecho tras haber utilizado todos nuestros procedimientos de reclamaciones y apelaciones internos y, si corresponde, de revisión externa, es posible que tenga ciertos derechos adicionales. Si está inscrito mediante un plan sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), puede entablar una demanda civil conforme a la sección 502(a) del estatuto federal de la ERISA. Para entender estos derechos, consulte a su oficina de beneficios o comuníquese con la Administración para la Seguridad de los Beneficios de los Empleados (parte del Departamento del Trabajo de Estados Unidos) al 1-866-444-EBSA (3272). Como alternativa, si su plan no está sujeto a la ERISA (por ejemplo, la mayoría de los planes gubernamentales locales y estatales, los planes ofrecidos a través de una iglesia o todos los planes individuales), es posible que tenga derecho a solicitar una revisión ante un tribunal estatal.

B. Quejas

1. Si no está satisfecho con los Servicios recibidos en un Centro del Plan en particular, o si tiene alguna inquietud acerca del personal o algún otro asunto relacionado con los Servicios y desea presentar una queja, puede hacerlo si:
 - a. Envía su queja por escrito a **Servicio a los Miembros**;
 - b. Solicita una reunión con una persona de enlace de Servicio a los Miembros en las oficinas administrativas del Plan de Salud, o
 - c. Llama por teléfono a **Servicio a los Miembros**.
2. Después de que nos notifique de la queja, esto es lo que ocurre:
 - a. Una persona de enlace de Servicio a los Miembros revisa la queja, lleva a cabo una investigación y verifica todos los hechos pertinentes.
 - b. La persona de Enlace de Servicio a los Miembros o un Proveedor del Plan evalúa los hechos y hace una recomendación para realizar una acción correctiva, si corresponde.
 - c. Cuando presenta una queja por escrito, generalmente respondemos por escrito en un plazo de 30 días calendario, a menos que se requiera información adicional.
 - d. Cuando presenta una queja verbal, generalmente se brinda una respuesta verbal en un plazo de 30 días calendario.
3. Si no está conforme con la resolución, tiene derecho a solicitar una segunda revisión. Envíe su solicitud por escrito a **Servicio a los Miembros**. **Servicio a los Miembros** le responderá por escrito en un plazo de 30 días calendario contados a partir de la recepción de su solicitud.

Queremos que esté satisfecho con los Centros del Plan, los Servicios y los Proveedores del Plan. El uso de este procedimiento de satisfacción del Miembro nos da la oportunidad de corregir cualquier problema que nos impida cumplir con sus expectativas y sus necesidades de atención médica. Si no está satisfecho por alguna razón, avísenos. Por favor, llame a **Servicio a los Miembros**.

X. INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DE PÓLIZAS Y TARIFAS

El Acuerdo de su Grupo con nosotros cambiará periódicamente. Si estos cambios afectan esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) o sus Primas, su Grupo deberá mantenerlo al tanto. Si es necesario hacer revisiones a esta EOC, le enviaremos los materiales revisados.

XI. DEFINICIONES

Los siguientes términos, cuando se utilizan en mayúscula y se usan en cualquier parte de esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), tienen el siguiente significado:

Área de Servicio: nuestra Área de Servicio es la parte de los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Crowley, Custer, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Larimer, Las Animas, Lincoln, Morgan, Otero, Park, Pueblo, Teller, y Weld con los siguientes códigos postales: 69128, 69145, 80001, 80002, 80003, 80004, 80005, 80006, 80007, 80010, 80011, 80012, 80013, 80014, 80015, 80016, 80017, 80018, 80019, 80020, 80021, 80022, 80023, 80024, 80025, 80026, 80027, 80030, 80031, 80033, 80034, 80035, 80036, 80037, 80038, 80040, 80041, 80042, 80044, 80045, 80046, 80047, 80102, 80104, 80106, 80107, 80108, 80109, 80110, 80111, 80112, 80113, 80116, 80117, 80118, 80120, 80121, 80122, 80123, 80124, 80125, 80126, 80127, 80128, 80129, 80130, 80131, 80132, 80133, 80134, 80135, 80137, 80138, 80150, 80151, 80155, 80160, 80161, 80162, 80163, 80165, 80166, 80201, 80202, 80203, 80204, 80205, 80206, 80207, 80208, 80209, 80210, 80211, 80212, 80214, 80215, 80216, 80217, 80218, 80219, 80220, 80221, 80222, 80223, 80224, 80225, 80226, 80227, 80228, 80229, 80230, 80231, 80232, 80233, 80234, 80235, 80236, 80237, 80238, 80239, 80241, 80243, 80244, 80246, 80247, 80248, 80249, 80250, 80251, 80256, 80257, 80259, 80260, 80261, 80262, 80263, 80264, 80265, 80266, 80271, 80273, 80274, 80281, 80290, 80291, 80293, 80294, 80299, 80301, 80302, 80303, 80304, 80305, 80306, 80307, 80308, 80309, 80310, 80314, 80401, 80402, 80403, 80419, 80421, 80422, 80425, 80427, 80433, 80436, 80437, 80439, 80444, 80452, 80453, 80454, 80455, 80457, 80465, 80466, 80470, 80471, 80474, 80481, 80501, 80502, 80503, 80504, 80510, 80511, 80512, 80513, 80514, 80515, 80516, 80517,

80520, 80521, 80522, 80523, 80524, 80525, 80526, 80527, 80528, 80530, 80532, 80533, 80534, 80535, 80536, 80537, 80538, 80539, 80540, 80541, 80542, 80543, 80544, 80545, 80546, 80547, 80549, 80550, 80551, 80553, 80601, 80602, 80603, 80610, 80611, 80612, 80614, 80615, 80620, 80621, 80622, 80623, 80624, 80631, 80632, 80633, 80634, 80638, 80639, 80640, 80642, 80643, 80644, 80645, 80646, 80648, 80649, 80650, 80651, 80652, 80654, 80729, 80732, 80742, 80754, 80808, 80809, 80813, 80814, 80816, 80817, 80819, 80820, 80827, 80829, 80831, 80832, 80833, 80840, 80841, 80860, 80863, 80864, 80866, 80901, 80902, 80903, 80904, 80905, 80906, 80907, 80908, 80909, 80910, 80911, 80912, 80913, 80914, 80915, 80916, 80917, 80918, 80919, 80920, 80921, 80922, 80923, 80924, 80925, 80926, 80927, 80928, 80929, 80930, 80931, 80932, 80933, 80934, 80935, 80936, 80937, 80938, 80939, 80941, 80942, 80946, 80947, 80949, 80950, 80951, 80960, 80962, 80970, 80977, 80995, 80997, 81001, 81002, 81003, 81004, 81005, 81006, 81007, 81008, 81009, 81010, 81011, 81012, 81019, 81022, 81023, 81025, 81039, 81062, 81069, 81212, 81215, 81221, 81222, 81223, 81226, 81232, 81233, 81240, 81244, 81253, 81290, 82063, 82070, 82082.

Autorización: una solicitud de referencia que obtuvo la aprobación del Plan de Salud.

Biológico: medicamento producido a partir de un organismo vivo y utilizado para tratar o prevenir enfermedades.

Biosimilar: un medicamento muy similar a uno biológico ya aprobado.

Cargos:

1. En el caso de los Servicios prestados por los Proveedores del Plan o el Grupo Médico, los cargos en la programación del Plan de Salud de los cargos del Grupo Médico y del Plan de Salud por los Servicios prestados a los Miembros; o
2. En el caso de los Servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto al Grupo Médico o Plan de Salud), los cargos en la programación de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación; o
3. En el caso de los artículos obtenidos en una Farmacia del Plan, el monto que la Farmacia del Plan cobraría a un Miembro por el artículo si el plan de beneficios del Miembro no cubriera el artículo (este monto es un cálculo del costo de la compra, el almacenamiento y el surtido de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar los Servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los Miembros y la contribución del programa de la Farmacia del Plan a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud); o
4. Para todos los otros Servicios, los pagos que el Plan de Salud hace por los Servicios (o, si el Plan de Salud resta un Copago, Coseguro o Deducible de su pago, el monto que el Plan de Salud hubiera pagado si no hubiera restado el Copago, Coseguro o Deducible).

Centro de Enfermería Especializada: un centro que está certificado por el estado de Colorado y por Medicare, y aprobado por el Plan de Salud. La actividad principal del centro debe ser la prestación de atención de enfermería especializada las 24 horas del día a pacientes que necesiten atención de enfermería especializada o atención especializada para la rehabilitación, o ambas, a diario, como parte de su plan de tratamiento médico continuo.

Centro del Plan: un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria, centro de atención de urgencia, Hospital del Plan u otra instalación que sea propiedad de Kaiser Permanente o esté contratada por Kaiser Permanente. Esto no incluye a los centros con contrato solo para Servicios de referencias. Los Centros del Plan pueden cambiar a lo largo del año.

Centro Fuera del Plan: los centros que no tienen contrato con Kaiser Permanente ni son de su propiedad.

CMS: los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), la agencia federal responsable de administrar Medicare.

Condición Médica de Emergencia: una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, que una persona común prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina podría esperar razonablemente que en la ausencia de atención médica inmediata, resultaría en:

1. Riesgo grave para la salud de la persona o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación;
2. Deficiencia grave de las funciones corporales;
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Cónyuge: la persona con la que contrajo matrimonio o unión civil según lo determina la ley estatal.

Copago: el monto específico en dólares que debe pagar por un Servicio cubierto según se describe en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Coseguro: un porcentaje de los Cargos que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto según se describe en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Criterios del Utilization Management Program: indicaciones, fuentes y criterios basados en la evidencia que utiliza el Plan de Salud para realizar determinaciones de Necesidad Médica.

Deducible: el monto que debe pagar por algunos Servicios dentro del Período de Acumulación para que podamos cubrir esos Servicios en dicho Período de Acumulación. En la “Lista de beneficios (quién paga qué)”, se explica el monto del Deducible y qué Servicios están sujetos al Deducible.

Dependiente: un Miembro cuya relación con un Suscriptor es la base para la elegibilidad de la membresía y que cumple los requisitos de elegibilidad como Dependiente. Para conocer los requisitos de elegibilidad de los Dependientes, consulte “Quién es elegible” en la sección “Elegibilidad”.

Edificio de Oficinas Médicas de Kaiser Permanente: un centro de tratamiento ambulatorio gestionado y dotado de personal por el Plan de Salud y el Grupo Médico. Consulte el Directorio de Proveedores para obtener información adicional sobre cada edificio de oficinas médicas.

Emergencia que Pone en Peligro la Vida o Alguna Extremidad: una situación que una persona no profesional prudente considere que pone en riesgo su vida o una de sus extremidades de tal manera que exige atención médica inmediata para evitar la muerte o un deterioro grave de la salud.

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 produzca un deterioro importante de la condición a causa del traslado de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una mujer 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 mujer o del bebé en gestación), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

Farmacia del Plan: una farmacia que es propiedad de y está administrada por Kaiser Permanente u otra farmacia que nosotros designemos. Las Farmacias del Plan pueden cambiar a lo largo del año.

Gasto Máximo de Bolsillo: el límite anual al monto total del Deducible (si corresponde), algunos Copagos y algunos Coseguros que debe pagar en un Período de Acumulación para los Servicios cubiertos, como se describe en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Grupo Médico: Colorado Permanente Medical Group, P.C., una corporación médica con fines de lucro.

Hospitales del Plan: un hospital con contrato para prestar Servicios conforme a esta EOC. Los Servicios disponibles en los Hospitales del Plan pueden variar. Los Hospitales del Plan pueden cambiar a lo largo del año.

Kaiser Permanente: el programa de atención médica de servicio directo llevado a cabo por el Plan de Salud, Kaiser Foundation Hospitals y el Grupo Médico, conjuntamente.

Medicare: un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas incapacitadas y aquellas con insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD).

Miembro: una persona que es elegible y que está inscrita de acuerdo con esta EOC y para quien hemos recibido Primas aplicables. Esta EOC a veces se refiere a un Miembro como “usted” o “su”.

Necesario desde el Punto de Vista Médico: son los servicios o suministros que reúnen los siguientes requisitos según el Plan de Salud:

- Son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición o síntomas clínicos.
- Cumplen con los estándares de la práctica médica generalmente aceptados.
- No solo son convenientes para usted, su familia o su proveedor.
- Representan el nivel de atención más adecuado que puede brindársele de forma segura.

El hecho de que un Proveedor del Plan o fuera del Plan le recete o le recomiende un Servicio o lo refiera para que reciba un Servicio no significa que este sea Necesario desde el Punto de Vista Médico ni que esté cubierto conforme a esta EOC.

Optometrista del Plan: un optometrista certificado que sea empleado del Plan de Salud o cualquier optometrista certificado que tenga un contrato para proporcionarles Servicios a los Miembros.

Período de Acumulación: como se establece en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”, el período de tiempo durante el cual se pagan los beneficios y cuentan para el máximo permitido para el beneficio específico.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, una corporación sin fines de lucro de Colorado.

Primas: montos periódicos de la membresía que paga el Grupo.

Proveedor Afiliado: un proveedor médico autorizado, que no es un proveedor del Grupo Médico o del Plan de Salud, que está contratado para prestar Servicios cubiertos a los Miembros conforme a esta EOC. Es posible que los Proveedores Afiliados cambien durante el transcurso del año.

Proveedor del Plan: un proveedor médico certificado que es empleado del Grupo Médico o del Plan de Salud, o un Proveedor Afiliado (no se incluyen los proveedores con contrato solo para prestar Servicios de referencia). Es posible que los Proveedores del Plan cambien durante el transcurso del año.

Proveedor Fuera del Plan: aquellos proveedores que no tienen contrato con Kaiser Permanente ni están empleados por ella.

Servicios: Servicios o artículos de atención para la salud.

Servicios de Emergencia: en relación con una Condición Médica de Emergencia:

1. Un examen médico de detección que se encuentra dentro de las capacidades del Departamento de Emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles normalmente en el Departamento de Emergencias para evaluar la Condición Médica de Emergencia.
2. Dentro de las capacidades del personal y las instalaciones de un hospital, los exámenes médicos y los tratamientos adicionales que sean necesarios para Estabilizar al paciente y asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro material de la condición a causa del traslado, ni durante este, de la persona desde el centro de atención.

Servicios de Habilitación: Servicios de atención médica y dispositivos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad prevista. Estos Servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros Servicios para personas con incapacidades en una gran variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Servicios de Observación: son Servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para ayudar al médico a decidir si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria. Los Servicios de Observación pueden prestarse en el Departamento de Emergencias o en otra área del hospital.

Suscriptor: un Miembro que es elegible para tener una membresía por sí mismo, y no por el estado de Dependiente, y que cumple los requisitos de elegibilidad como Suscriptor (para conocer los requisitos de elegibilidad del Suscriptor, consulte “Quién es elegible” en la sección “Elegibilidad”).

Tratamiento Escalonado: un protocolo que exige que una persona con cobertura use un medicamento recetado o una secuencia de medicamentos recetados, que no sea el medicamento que recomienda su proveedor de atención médica para el tratamiento, antes de que el pagador terciario cubra el medicamento recetado recomendado.

Unidad Familiar: un Suscriptor y todos sus Dependientes.

(Esta página se dejó en blanco intencionalmente).

DISPOSICIONES ADICIONALES

Consulte la Tabla de resumen en este folleto para conocer los cargos específicos y demás limitaciones que puedan aplicarse a las coberturas que se mencionan a continuación.

GREX0AA

Exclusión de Nietos

De acuerdo con su contrato de Grupo, un nieto (incluido un nieto adoptado o de acogida) suyo o de su Cónyuge no es elegible para ser inscrito como su Dependiente en este plan de beneficios de salud, a menos que usted o su Cónyuge sea el tutor legal permanente del nieto designado por el tribunal.

GREX0AA_21 (01-21)

DEPENDIENTES SOBREVIVIENTES

Su cobertura Grupal incluye cobertura de beneficios de salud para los Dependientes sobrevivientes.

Los Dependientes sobrevivientes pueden continuar su cobertura luego del fallecimiento del Suscriptor según lo dispuesto a continuación:

1. La cobertura para el Cónyuge sobreviviente puede continuar hasta su fallecimiento o hasta que vuelva a contraer matrimonio.
2. La cobertura para un hijo discapacitado se cancelará después de lo siguiente:
 - i. El fallecimiento del Cónyuge del Suscriptor;
 - ii. La fecha en la cual el hijo deja de ser Dependiente por cualquier motivo, como edad o matrimonio.
3. La cobertura para otros Dependientes (sin contar los Cónyuges sobrevivientes) finalizará cuando ya no cumplan con los requisitos para serlo.

SRDC0AB (01-12)

WOR0AA

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

(No aplica al Kaiser Permanente Senior Advantage HMO Plan)

El siguiente párrafo de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) se modificó de la siguiente manera:

I. Elegibilidad

A. ¿Quién es elegible?

1. General

Para ser elegible para inscribirse y permanecer inscrito en este plan de beneficios de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- a. Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de su Grupo que hemos aprobado. Se requiere que su Grupo informe a los Suscriptores acerca de los requisitos de elegibilidad del Grupo.
- b. También debe reunir los requisitos de elegibilidad del Suscriptor o Dependiente que se describen a continuación.
- c. El Suscriptor debe vivir, trabajar o residir dentro del Área de Servicio. Nuestra Área de Servicio está descrita en la sección de “Definiciones”.

Esta cláusula modifica la disposición de elegibilidad de la EOC. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

WOR0AA (01-20)

ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA

1. Cobertura

Los Servicios de Atención Quiropráctica tienen cobertura, tal como se indica en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” siempre y cuando sean prestados por los proveedores del plan. La cobertura incluye lo siguiente:

- a. evaluación;
- b. tratamiento manual y manipulativo de las regiones vertebral y extravertebral.

Puede autorreferirse a consultas con los Proveedores del Plan.

Nota: Los siguientes servicios tienen cobertura, pero no se detallan en esta sección: Radiografías y análisis de laboratorio. Consulte la sección “Radiografías, análisis de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías”.

2. Exclusiones

- a. Hipnoterapia.
- b. Capacitación del comportamiento.
- c. Terapia del sueño.
- d. Programas para perder peso.
- e. Servicios relacionados con el tratamiento del sistema musculoesquelético, excepto las regiones vertebral y extravertebral.
- f. Servicios de rehabilitación vocacional.
- g. Termografía.
- h. Aires acondicionados, purificadores de aire, colchones terapéuticos, suministros o cualquier otro dispositivo y electrodoméstico similar.
- i. Costos de transporte. Esto incluye los cargos de la ambulancia local.
- j. Medicamentos recetados, vitaminas, minerales, suplementos alimenticios u otros productos similares.
- k. Programas educativos.
- l. Cuidado personal no médico o capacitación de autoayuda.
- m. Todas las pruebas de diagnóstico relacionadas con estos Servicios excluidos.
- n. Imágenes por resonancia magnética (Magnetic resonance imaging, MRI) u otros tipos de radiología diagnóstica.
- o. Fisioterapia o terapia de masajes que no sea parte de la terapia manual y manipulativa.
- p. Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) o suministros para usar en el hogar.

Esta cláusula modifica la EOC para cubrir la atención quiropráctica. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

CHIR0AA (01-21)

DMES0AB

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) Y APARATOS PROTÉSICOS Y ORTÉSICOS

El DME y los aparatos protésicos y ortésicos, incluidos los repuestos (excepto los que sean necesarios debido al mal uso, robo o pérdida) se proporcionan tal como se indica en la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para que los use durante el período indicado, siempre y cuando los haya recetado un Proveedor del Plan y se hayan obtenido de fuentes designadas por el Plan de Salud. Los ajustes, las reparaciones y las adaptaciones necesarios están cubiertos si no son resultado del mal uso. El Plan de Salud puede reparar o reemplazar un aparato a su elección. La reparación o el reemplazo del equipo defectuoso están cubiertos sin cargo adicional.

El Plan de Salud se basa en las Determinaciones de Cobertura Local (Local Coverage Determinations, LCD) y en las Determinaciones de Cobertura Nacional (National Coverage Determinations, NCD) (denominadas en lo sucesivo Pautas de Medicare) para nuestras pautas de la lista de DME, y aparatos protésicos y ortésicos. Estas son únicamente pautas. El Plan de Salud se reserva el derecho de excluir artículos que aparecen en las Pautas de Medicare (no se aplica a los planes de Kaiser Permanente Senior Advantage). Tenga en cuenta que esta EOC puede contener algunas de estas exclusiones, pero no todas.

Limitaciones: la cobertura se limita a un artículo estándar de DME, aparato protésico o aparato ortésico que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas.

1. Equipo Médico Duradero (DME)

a. Cobertura

- i. El DME es equipo apropiado para usar en el hogar, capaz de soportar el uso repetido, Necesario desde el Punto de Vista Médico, que no es para el uso de una persona que no tiene una enfermedad o lesión, y cuya cobertura está aprobada por Medicare. Incluye, entre otros, los monitores para la apnea infantil, las bombas de insulina y sus suministros, así como oxígeno y el equipo dispensador de oxígeno.
- ii. Se proporcionan bombas de insulina y sus suministros cuando se cumplen las pautas clínicas y se obtienen de las fuentes designadas por el Plan de Salud.
- iii. Cuando un Proveedor del Plan ya no indica su uso, el DME debe devolverse al Plan de Salud o a su representante. Si no se devuelve el equipo, deberá pagárselo al Plan de Salud o a su representante al precio justo del mercado que el Plan de Salud establezca.

- b. Limitación: la cobertura se limita al precio de compra o de renta más bajo, tal y como lo determina el Plan de Salud.

c. Exclusiones del Equipo Médico Duradero

- i. Están cubiertos los monitores electrónicos de funciones corporales, excepto los monitores para la apnea infantil.
- ii. Están cubiertos los aparatos para realizar pruebas médicas de fluidos, excreciones o sustancias corporales, excepto las tiras reactivas de orina para uso en el hogar para pacientes pediátricos.
- iii. Artículos no médicos, como baños sauna o elevadores.
- iv. Equipo para ejercicio o higiene.
- v. Equipo o artículos para comodidad, conveniencia o de lujo.
- vi. Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasa*, cinta, antisépticos, vendas y vendajes elásticos.
*La gasa no se excluye en los planes de la Parte D de Kaiser Permanente Senior Advantage.
- vii. Reemplazo de artículos perdidos o robados.
- viii. Reparaciones, ajustes o reemplazos debido al mal uso.
- ix. Más de una pieza de DME que esencialmente tenga la misma función, con excepción de los reemplazos.
- x. No está cubierto el equipo de repuesto o de uso alternado.

2. Aparatos Protésicos

a. Cobertura

Los aparatos protésicos son aquellos aparatos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan para sustituir todo o una parte de un órgano o de una extremidad del cuerpo. La cobertura de los aparatos protésicos incluye lo siguiente:

- i. Aparatos implantados internamente con fines funcionales, como los marcapasos y las articulaciones de la cadera.
- ii. Aparatos protésicos para Miembros que se han sometido a una mastectomía. El Plan de Salud designará las fuentes donde pueden obtenerse las prótesis externas. Se reemplazará la prótesis cuando ya no sea funcional. Se proporcionarán prótesis hechas a la medida cuando sea necesario.
- iii. Los aparatos protésicos, como obturadores y dispositivos para hablar y alimentarse, necesarios para el tratamiento del labio leporino y el paladar hendido, están cubiertos cuando los indica un Proveedor del Plan y se obtienen de fuentes designadas por el Plan de Salud.
- iv. Los aparatos protésicos cuyo fin sea reemplazar, en su totalidad o en parte, un brazo o una pierna cuando un Proveedor del Plan indique que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y cuando se obtengan de fuentes designadas por el Plan de Salud.

b. Exclusiones en los Aparatos Protésicos

- i. Prótesis dentales, excepto el tratamiento prostodóntico Necesario desde el Punto de Vista Médico;
- ii. Dispositivos, equipos y aparatos protésicos implantados internamente y relacionados con el tratamiento de la disfunción sexual;
- iii. Más de un aparato protésico para la misma parte del cuerpo, con excepción de los reemplazos;
- iv. Aparatos de repuesto o para uso alternado;
- v. Reemplazo de aparatos protésicos perdidos o robados;
- vi. Reparaciones, ajustes o reemplazos debido al mal uso.

3. Aparatos Ortésicos

a. Cobertura

Los aparatos ortésicos son aparatos externos rígidos o semirrígidos que se necesitan para sostener o corregir una forma o función defectuosa de una parte del cuerpo inoperante o disfuncional, o para impedir el movimiento de una parte del cuerpo enferma o lesionada.

b. Exclusiones de los Aparatos Ortésicos

- i. calzado correctivo y aparatos ortésicos para uso podológico y soportes del arco, excepto el calzado para diabéticos conforme a las pautas clínicas y el calzado terapéutico para pacientes con un diagnóstico de enfermedades vasculares periféricas o neuropatía periférica;
- ii. aparatos y dispositivos dentales, excepto que el tratamiento médico del labio leporino o del paladar hendido Necesario desde el Punto de Vista Médico esté cubierto si lo indica un Proveedor del Plan, a menos que el miembro tenga una póliza o contrato de seguro dental que cubra estos Servicios;
- iii. aparatos ortopédicos experimentales y de investigación;
- iv. más de un aparato ortésico para la misma parte del cuerpo, con excepción de los reemplazos cubiertos;
- v. aparatos de repuesto o para uso alternado;
- vi. reemplazo de aparatos ortopédicos perdidos o robados;
- vii. reparaciones, ajustes o reemplazos debido al mal uso.

Esta cláusula modifica la EOC para proporcionar cobertura para el equipo médico duradero (DME) y los dispositivos protésicos y ortésicos. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

CRÉDITO PARA AUDÍFONOS

1. Cobertura

Se les proporciona un crédito por oído a los Miembros mayores de 18 años, el cual puede aplicarse a la compra de un audífono (lo que incluye los cargos por despacho relacionados con la compra del audífono). Esto se menciona en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”, cuando un Proveedor del Plan los receta y se obtienen de él. Un audífono es un dispositivo electrónico que una persona utiliza para amplificar el sonido.

El crédito completo por oído puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Cualquier saldo acreedor restante se perderá después de utilizar el punto de venta inicial.

2. Exclusiones de Audífonos

- Piezas de repuesto para reparar un audífono;
- Reemplazo de audífonos que se hayan perdido o que estén rotos;
- Accesorios y mantenimiento de rutina;
- Baterías.

Esta cláusula modifica la EOC para proporcionar la cobertura de los audífonos. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

HEAR0AC (01-21)

INFT0AA

SERVICIOS DE APOYO PARA LA SALUD REPRODUCTIVA

1. Cobertura

Cubrimos los siguientes Servicios tal como se indica en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”:

- Servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad involuntaria (incluidas las radiografías y los análisis de laboratorio)
- Inseminación intrauterina (Intrauterine insemination, IUI)
- Medicamentos administrados durante una visita en el consultorio relacionada con la IUI

Nota: Los medicamentos recetados no están cubiertos conforme a esta sección. Consulte la sección titulada “Medicamentos recetados, suministros y suplementos” de la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para determinar si tiene cobertura para los medicamentos recetados que reciba de una Farmacia del Plan para la IUI.

2. Limitaciones

- La cobertura de la IUI está limitada a un máximo de tres (3) ciclos de tratamiento durante todo el período en que esté inscrita en este plan.
- Solo la persona que es Miembro tiene cobertura para estos servicios.

3. Exclusiones

Estas exclusiones aplican tanto para las personas o parejas fértiles como infértiles.

- Todos los Servicios para revertir la infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
- Acupuntura para el tratamiento de la infertilidad, a menos que su Grupo haya adquirido una cobertura adicional para este servicio. Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” para determinar si su Grupo tiene el beneficio de acupuntura.
- Semen, esperma u óvulos de donantes.
- Todos los Servicios, suministros, medicamentos administrados en el consultorio y medicamentos recetados que reciba de una farmacia y que estén relacionados con la adquisición o el almacenamiento de semen, esperma, óvulos, materiales de reproducción o embriones, a excepción de lo que se describe en la sección titulada “Cobertura” de este beneficio.
- Los medicamentos recetados que recibió en una farmacia para los servicios de infertilidad, a menos que se adquiriera la cobertura de medicamentos recetados para la infertilidad.
- Todos los Servicios, suministros, medicamentos administrados en el consultorio y medicamentos recetados que reciba de una farmacia y que estén relacionados con la concepción por medios artificiales, a excepción de lo que se describe en la sección titulada “Cobertura” de este beneficio.

Esta cláusula modifica la EOC para proporcionar la cobertura limitada de los Servicios de apoyo para la salud reproductiva. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOC también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

INFT0AA (01-21)

CLÁUSULA DE SERVICIOS PREVENTIVOS

Los Servicios de atención preventiva, tal como se definen conforme a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Patient Protection and Affordable Care Act), se proporcionan sin cargo, incluidos aquellos que se mencionan en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”, siempre y cuando los indique un Proveedor del Plan. Comuníquese con **Servicio a los Miembros** para obtener una lista completa de los Servicios Preventivos cubiertos.

Nota: Si recibe cualquier otro Servicio cubierto antes o después de una consulta de atención preventiva, o en su transcurso, es posible que deba pagar el Deducible, el Copago y el Coseguro correspondientes. Por ejemplo:

- Usted programa un examen de mantenimiento físico de rutina. Durante el examen preventivo, el proveedor encuentra un problema de salud y ordena Servicios no preventivos para diagnosticarlo (como pruebas de laboratorio o de radiología). Es posible que usted pague el Deducible, el Copago o el Coseguro que correspondan por estos Servicios de diagnóstico adicionales.
- Usted programa un examen preventivo de rutina. El proveedor le pide pruebas de laboratorio que no son Servicios de atención preventiva de acuerdo con las pautas que se mencionan a continuación. Es posible que deba pagar el Deducible, el Copago o el Coseguro correspondientes por estos Servicios no preventivos adicionales.
- Usted programa un examen de bienestar personal de rutina. Durante el examen, habla sobre los nuevos síntomas con el proveedor o se descubren nuevas inquietudes relacionadas con la salud. Es posible que usted pague el Deducible, el Copago o el Coseguro que corresponden a esta consulta.

La cobertura incluye, entre otros, los Servicios de atención médica preventiva para lo siguiente de acuerdo con las recomendaciones A o B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, las pautas de los servicios preventivos para la mujer de la Administración de Recursos y Servicios de Salud y los mandatos de servicios preventivos requeridos por la ley estatal, para el Servicio de atención médica preventiva específico:

1. visitas al consultorio para Servicios de atención preventiva
2. pruebas de evaluación e intervenciones de asesoramiento del comportamiento por abuso del alcohol para adultos, llevadas a cabo por su médico de cabecera
3. examen de detección de cáncer cervicouterino
4. prueba de detección del cáncer de seno en cumplimiento con la ley estatal
5. evaluación de la presión arterial
6. pruebas de detección de colesterol
7. examen de detección de cáncer colorrectal
8. examen de detección de cáncer de próstata
9. vacunas de conformidad con el programa establecido por el ACIP
10. pruebas de evaluación y asesoramiento por consumo de tabaco, servicios para dejar de fumar, medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para dejar de fumar y la línea de ayuda para dejar de fumar Colorado QuitLine
11. examen de detección de la diabetes tipo 2 para adultos con presión arterial alta
12. asesoramiento alimenticio para adultos con hiperlipidemia y con riesgos altos de enfermedades crónicas cardiovasculares y relacionadas con la alimentación
13. vacunas contra el cáncer de cuello uterino
14. vacunación contra la influenza y el neumococo
15. categorías de anticonceptivos aprobados por la Ley de Cuidado de Salud Asequible

El acrónimo “ACIP” se refiere al Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal o a cualquier entidad sucesora. Visite cdc.gov/vaccines/acip/. Para obtener una lista de los servicios preventivos que tienen una calificación de A o B por parte del Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, visite uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-brecommendations/. Para conocer las pautas de los servicios preventivos para la mujer de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, visite hrsa.gov/womensguidelines/.

Esta cláusula modifica la EOC para proporcionar la cobertura de los Servicios preventivos. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la EOCA también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

PV0AD (01-21)

RX0BL

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

NOTA: En esta Evidencia de Cobertura o Acuerdo de membresía, el término “preferido” se refiere a los medicamentos que están incluidos en la Lista de medicamentos recetados disponibles del Plan de Salud. El término “no preferido” se refiere a los medicamentos que no están incluidos en dicho documento.

Consulte la “Lista de beneficios (quién paga qué)” de este folleto para ver los Copagos, Coseguros, Deducibles y límites de suministro que corresponden a los medicamentos recetados cubiertos que se describen a continuación.

1. Cobertura

Los medicamentos cubiertos recetados se proporcionan en el Copago o Coseguro de medicamentos recetados correspondiente para cada nivel de cobertura de medicamentos. Esto puede incluir un nivel para medicamentos genéricos preferidos; un nivel para medicamentos de marca preferidos o medicamentos que no tienen una versión genérica ni un equivalente genérico; un nivel para medicamentos recetados no preferidos que se autorizaron por medio del proceso de medicamentos no preferidos; y un nivel para determinados medicamentos de especialidad. Nota: Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. Si desea obtener más información, visite nuestro sitio web kp.org/formulary (haga clic en “Español”).

Proceso de excepciones de medicamentos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles:

Usted, su representante o el Proveedor del Plan pueden solicitar acceso a medicamentos clínicamente adecuados que no cubre el Plan de Salud (medicamentos que no se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles) a través de un proceso de excepción especial. Para obtener más información sobre los procesos de excepción de medicamentos recetados que no se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles, comuníquese con **Servicio a los Miembros**.

Entre los suministros y accesorios recetados, se incluyen, entre otros, los siguientes:

- a. suministros de monitoreo de glucosa en el hogar
- b. tiras reactivas de glucosa
- c. tabletas para la prueba de cetonas
- d. tiras reactivas de orina para pacientes pediátricos
- e. jeringas desechables para la administración de insulina

Dichos artículos se proporcionan cuando se obtienen en las Farmacias del Plan o de fuentes designadas por el Plan de Salud.

Para obtener información sobre el Copago o el Coseguro relacionado con los medicamentos y ciertos dispositivos anticonceptivos, consulte su “Lista de beneficios (quién paga qué)”.

Para cada medicamento, la cantidad cubierta será la que resulte menor entre la cantidad recetada y el límite de días de suministro. No se cubrirá ninguna cantidad que usted reciba y que exceda la cantidad para los días de suministro. Si usted recibe un suministro que sobrepase el límite de días de suministro, se le cobrará como si no fuera Miembro por cualquier cantidad recetada que exceda el límite. Algunos medicamentos tienen una alta probabilidad de que se desperdicien o de que se les dé un uso inapropiado. Esos medicamentos serán proporcionados por hasta 30 días de suministro. Cada resurtido de medicamentos se hará con base en el mismo criterio que se siguió para la receta médica original. El Plan de Salud puede, a su exclusivo criterio, establecer los límites de cantidades para medicamentos recetados específicos.

Los medicamentos genéricos que estén disponibles en los Estados Unidos de parte de solo un fabricante y que no aparezcan como genéricos en las bases de datos de medicamentos disponibles para comercialización en ese momento a las que se suscribe el Plan de Salud, se surten sujetos al Copago o Coseguro correspondientes al medicamento de marca. La cantidad cubierta será la que resulte menor entre la cantidad recetada o el límite de días de suministro.

Los medicamentos recetados se cubren únicamente cuando los receta:

- a. Un Proveedor del Plan y se obtienen en las Farmacias del Plan; o
- b. Un Proveedor al que un Miembro fue referido por un Proveedor del Plan y se obtienen en las Farmacias del Plan; o
- c. Un Dentista (cuando los receta para enfermedades agudas); y se obtienen en las Farmacias del Plan.

Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:

- a. Medicamentos que, de conformidad con la ley, requieren receta médica.
- b. Insulina.
- c. Renovación de gotas para los ojos recetadas y un frasco adicional de gotas para los ojos recetadas conforme a la ley estatal.
- d. Medicamentos compuestos. **Nota:** Los medicamentos compuestos deben obtenerse en la farmacia designada por el Plan de Salud. No puede pedir el resurtido de medicamentos compuestos a través de kp.org/espanol, por correo ni por la línea de ayuda automatizada. Por favor, llame al **303-764-4900 (TTY 711)** y presione “0” para hablar con el personal de la farmacia y solicitar ayuda.

Las Farmacias del Plan pueden sustituir un medicamento de marca por un genérico equivalente, a menos que el Proveedor del Plan lo prohíba. Si usted pide un medicamento de marca cuando el producto preferido es un medicamento genérico equivalente, deberá pagar el Copago o el Coseguro del medicamento de marca más cualquier diferencia de precio entre el medicamento genérico equivalente preferido que recetó el Proveedor del Plan y el medicamento de marca solicitado. Si el medicamento de marca es recetado y autorizado por el Plan debido a su Necesidad Médica, usted pagará el Copago o Coseguro correspondiente.

2. Limitaciones

- a. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización previa. No necesita autorización previa para ningún medicamento recetado aprobado por la FDA que aparezca en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias, ni para los medicamentos aprobados por la FDA para la prevención de la infección por VIH, cuando sean recetados y suministrados por un farmacéutico.
- b. Es posible que apliquemos un Tratamiento Escalonado para determinados medicamentos. Las excepciones son:

- i. trastorno por abuso de sustancias;
- ii. medicamentos para el cáncer metastásico avanzado en fase cuatro;
- iii. medicamentos aprobados por la FDA para la prevención de la infección por VIH.

Usted o el Proveedor del Plan pueden solicitar una excepción de Tratamiento Escalonado si usted probó un medicamento anteriormente y tuvo que suspenderlo por falta de eficacia o efectividad, una disminución del efecto o un acontecimiento adverso.

- c. Las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de medicamentos respetarán los compendios de Medicare, y las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de agentes oncológicos respetarán la Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores (Medicare Improvements for Patients and Providers Act, MIPPA) de 2008.

3. Exclusiones en Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos

- a. Los medicamentos que, conforme a la ley, no requieren receta médica.
- b. Suministros desechables para uso en el hogar como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, vendas y vendajes elásticos.
- c. Medicamentos recetados necesarios para los Servicios excluidos en la Evidencia de Cobertura o en el Acuerdo de Membresía.
- d. Medicamentos no preferidos, a excepción de los medicamentos recetados y autorizados por medio del proceso de medicamentos no preferidos.
- e. Cualquier medicamento marcado como no cubierto en la “Lista de beneficios (quién paga qué)”.
- f. Medicamentos para acortar la duración del resfriado común.
- g. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
- h. Medicamentos disponibles sin receta y con receta con la misma concentración.
- i. Determinados medicamentos que el Comité de Farmacia y Terapéutica haya excluido.
- j. Medicamentos para el tratamiento de control del peso.
- k. Cualquier medicamento recetado que tenga un empaque diferente del empaque estándar de la farmacia que lo surte.
- l. Reemplazos de medicamentos recetados por cualquier razón. Esto incluye medicamentos recetados derramados, perdidos, dañados o robados.
- m. Medicamentos administrados durante una visita al consultorio médico.
- n. Alimentos indicados por el médico y dispositivos médicos.
- o. A menos que el Plan de Salud los apruebe, los medicamentos que no apruebe la FDA.

Esta cláusula modifica la Evidencia de Cobertura o el Acuerdo de membresía para proporcionar cobertura para los medicamentos recetados. Todos los términos, todas las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de la Evidencia de Cobertura o el Acuerdo de membresía también se aplicarán a esta cláusula, con excepción de lo que esta cláusula cambie específicamente.

RX0BL (01-21)

EXCLUSIÓN DE ABORTOS

Los siguientes Servicios están excluidos:

- 1. Abortos voluntarios y por elección, y cualquier Servicio relacionado.
- 2. Los abortos terapéuticos que se realicen cuando:
 - a. Es Necesario un aborto desde el Punto de Vista Médico para preservar la vida o la salud de la madre si el embarazo va a término, o
 - b. El embarazo es la consecuencia de una violación o de incesto.

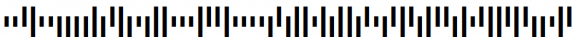
TABS0AB (01-16)

NOTAS

Kaiser Foundation Health
Plan of Colorado
2500 S. Havana St.
Aurora, CO 80014-1622

437*****MIXED AADC 901

T3 P1 019006206869



 CEBT

Información importante sobre el plan