



CÓMO SER UN MIEMBRO INFORMADO DE KAISER PERMANENTE

Aviso anual para suscriptores de 2025:
lo que debe saber antes, durante y después de la inscripción

You have the right, at no cost, to receive confidential language assistance services for your health care needs. Upon request, we can arrange for you to speak to an interpreter. If you would like additional information, please call Member Services. You'll find the phone numbers on the back of your ID card.

Tiene derecho a recibir, sin costo, servicios confidenciales de asistencia con el idioma para sus necesidades de atención médica. Si lo solicita, podemos organizarnos para que hable con un intérprete. Si desea obtener información adicional, llame a Servicio a los Miembros. Encontrará los números de teléfono en el reverso de su tarjeta de identificación.

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ bảo mật miễn phí nhằm đáp ứng các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu, chúng tôi có thể sắp xếp để quý vị nói chuyện với một thông dịch viên. Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Quý vị sẽ tìm thấy số điện thoại ở mặt sau thẻ Nhận dạng của quý vị.

ለጤና እንክብካቤ ፍላጎቶቻዎ ሚስጥራዊ የሆነ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን የማግኘት መብት ያለ ምንም ወጪ አለዎት። ሲጠይቁን ከአስተርጓሚ ጋር እንዲያነጋግሩ ዝግጅት ማድረግ እንችላለን። ተጨማሪ መረጃ ከፈለጉ እባክዎን ለአባላት አገልግሎት ይደውሉ። የስልክ ቁጥሮችን በመታወቂያ ካርድዎ ጀርባ ላይ ያገኛሉ።

對於您的醫療保健需求，您享有免費獲取保密的語言協助服務的權利。如有需求，我們可以為您安排一名口譯員。如果您想要獲取其他資訊，請致電會員服務部。您可以在您的 ID 卡背面找到其電話號碼。

회원 여러분에게는 의료에 필요한 경우 비밀이 보장되는 언어 지원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 요청이 있을 경우 저희는 여러분에게 통역 서비스를 마련해 드릴 수 있습니다. 추가 정보가 필요한 경우, 회원 서비스부로 전화하십시오. 해당 전화번호는 여러분 ID 카드의 뒷면에서 확인할 수 있습니다.

ÍNDICE

Los beneficios de Kaiser Permanente para la atención especializada.....	2
Prevención.....	2
Comuníquese con nosotros	2
Derechos y responsabilidades de los miembros: nuestro compromiso mutuo.....	2
Cómo presentar un reclamo de reembolso	3
Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas.....	3
Procedimientos para presentar quejas de los miembros.....	4
Cómo elegir sus medicamentos.....	5
Información para mantenerse saludable.....	6
Información sobre el profesional médico que se da a los pacientes	6
Cómo elegir un proveedor de atención primaria para adultos.....	6
Información sobre el programa de calidad	7
Servicios de idiomas.....	7
Programa de supervisión de la utilización de servicios y de administración de recursos.....	7
Cómo lograr una mejor salud por medio de la administración de la atención	8
Investigación y aprobación de las tecnologías médicas nuevas y emergentes.....	8
Servicios de administración de casos	9
Autorreferencia al programa de control de enfermedades.....	9
Referencias a especialistas	9
Información del directorio de proveedores	10
Atención para madres y recién nacidos de acuerdo con la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres.....	10
Servicios de cuidado para la salud de la mujer en el Distrito de Columbia	10
Servicios de habilitación	10
Visitas a domicilio después de una cirugía	11
Aumentos propuestos a las tarifas	11
Hospitalización y visitas a domicilio luego de una mastectomía.....	11
Beneficios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por uso indebido de sustancias	11
Información importante relacionada con las instrucciones anticipadas	11
Su derecho a decidir.....	11
Parte I de las instrucciones anticipadas: selección del agente de atención médica.....	12
Parte II de las instrucciones anticipadas: preferencias de tratamiento (“testamento vital”).....	12
Cómo se les paga a los médicos	12
Cómo se gasta el dinero de la prima.....	13
Cómo protegemos su privacidad.....	13

Los beneficios de Kaiser Permanente para la atención especializada

Como miembro de Kaiser Permanente, usted cuenta con las ventajas de una experiencia de atención integrada. Además, cuando recibe servicios en un centro médico de Kaiser Permanente, incluidos los laboratorios, las farmacias y los centros de radiología, las funciones electrónicas y las tecnologías disponibles nos permiten mantenerlo conectado con todos los aspectos de su atención. Puede acceder a su información médica de Kaiser Permanente en línea en cualquier momento desde kp.org/espanol.

Prevención

¿Sabe a qué edad debería empezar a hacerse las pruebas de detección de cáncer colorrectal? ¿O cuándo debería ponerse la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)? Las pruebas de detección y las vacunas le ayudan a mantener un buen estado de salud. Recuerde vacunarse contra la gripe todos los años.

Su equipo de atención médica está aquí para ayudarlo a tomar las decisiones adecuadas en el momento adecuado. Las cuestiones relacionadas con la atención preventiva dependen de lo siguiente:

- la edad;
- la identidad y expresión de género;
- los hábitos de salud,
- los antecedentes personales de salud.

Hemos desarrollado pautas basadas en la evidencia para niños y adultos. Estas pautas respaldan las recomendaciones de salud sobre las pruebas de detección de organizaciones como el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force). Conozca qué pruebas de detección necesita en cada etapa de la vida en kp.org/prevencion. También le recomendamos que visite kp.org/healthyliving/mas (haga clic en "Español") para disfrutar de las diversas herramientas disponibles, como clases, calculadoras, enciclopedias de salud y programas en línea, entre otros recursos. Inscribáse en kp.org/register (haga clic en "Español") para acceder a funciones que solo están disponibles para los miembros de Kaiser Permanente.

Comuníquese con nosotros

Citas y consejos médicos las 24 horas

Puede programar, confirmar o cancelar citas en kp.org/espanol.

Puede llamar para programar una cita o solicitar consejos médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para cualquiera de estos servicios, llame a estas líneas:

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **703-359-7878** (TTY 711).
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame al **800-777-7904** (TTY 711). Si su médico se encuentra en la comunidad, llame directamente a su consultorio.

Los usuarios registrados en kp.org/espanol pueden conversar por chat en tiempo real con un enfermero de consulta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si quiere dejar un mensaje que no sea urgente para un enfermero de consulta médica, como usuario registrado puede hacerlo en kp.org/espanol; recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas.

Surtido de medicamentos

Después de registrarse en kp.org/espanol, podrá ingresar en kp.org/pharmacy (haga clic en "Español") o en la aplicación de Kaiser Permanente para administrar sus medicamentos en línea. Llame al **800-700-1479**, disponible las 24 horas del día.

Servicio a los Miembros

Si necesita ayuda con su plan de salud o sus beneficios específicos o tiene preguntas, puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m.

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **301-468-6000** (TTY 711).
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame al **800-777-7902** (TTY 711).

Derechos y responsabilidades de los miembros: nuestro compromiso mutuo

Kaiser Permanente se compromete a ofrecerles servicios de atención médica de alta calidad a usted y a su familia. Para cumplir nuestro objetivo de colaborar con usted, le presentamos los derechos y las responsabilidades que compartimos al brindarle servicios de atención médica.

Derechos de los miembros

Como miembro de Kaiser Permanente, tiene derecho a lo siguiente:

RECIBIR LA INFORMACIÓN QUE NECESITA PARA PODER PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Esto incluye su derecho a hacer lo siguiente:

- a. Participar activamente en las conversaciones y la toma de decisiones sobre sus opciones de atención médica.
- b. Recibir y obtener ayuda para entender la información relacionada con su estado de salud o condición médica, incluidas todas las opciones de tratamiento y no tratamiento apropiadas y los riesgos asociados, sin importar cuál sea el costo o cuáles sean sus beneficios.
- c. Recibir información y capacitación adecuadas que le ayuden a mejorar su seguridad durante los ciclos de tratamiento.
- d. Obtener información sobre los resultados de la atención médica que haya recibido, incluidos los resultados imprevistos. Cuando corresponda, los familiares u otras personas que usted haya designado recibirán dicha información.
- e. Rechazar el tratamiento, siempre y cuando usted se haga responsable y acepte las consecuencias de su decisión.
- f. Darle a alguien de confianza la autoridad legal necesaria para tomar decisiones en su nombre si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo completando y presentando sus instrucciones anticipadas, un poder notarial para tomar decisiones sobre su salud, un testamento vital o alguna otra instrucción sobre los tratamientos de atención médica. Puede anular o modificar estos documentos en cualquier momento.
- g. Recibir información sobre los proyectos de investigación que pueden afectar su atención médica o tratamiento. Tiene derecho a elegir participar en estos proyectos.
- h. Acceder a su historia clínica y a cualquier información que tenga que ver con usted, a menos que lo prohíba la ley. Esto incluye el derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a su historia clínica. Revisaremos su solicitud según los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para determinar si la información que pidió que agreguemos es apropiada. Si aprobamos su solicitud, corregiremos o agregaremos la información correspondiente a su información médica protegida. Si la rechazamos, le diremos la razón y le explicaremos su derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Se les pedirá a usted o a su representante autorizado que proporcionen una autorización por escrito antes de que se dé a conocer su historia clínica, a menos que la ley indique lo contrario.

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE KAISER PERMANENTE Y SU PLAN

Esto incluye su derecho a lo siguiente:

- a. Recibir la información que necesita para elegir o cambiar de médico de atención primaria, incluidos los nombres, los niveles profesionales y las certificaciones de los médicos que lo atienden o tratan.
- b. Recibir información sobre Kaiser Permanente, los servicios, proveedores y profesionales médicos, así como los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro. También puede ofrecer recomendaciones sobre las políticas de Kaiser Permanente que rigen los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- c. Recibir información sobre los acuerdos financieros con los médicos que podrían afectar el uso de los servicios que usted podría necesitar.
- d. Recibir servicios de emergencia cuando usted, como persona prudente y no profesional que actúa de manera razonable, crea que tiene una condición médica de emergencia.
- e. Recibir cobertura para los servicios de urgencia que necesite cuando viaje fuera del área de servicio de Kaiser Permanente.
- f. Recibir información sobre qué servicios están cubiertos y qué servicios debe pagar, y revisar la explicación de cualquier factura por los servicios que no están cubiertos.

- g. Presentar una queja, una queja formal o una apelación sobre Kaiser Permanente o sobre la atención que recibió sin miedo a represalias o discriminación, esperar que los problemas se analicen de manera justa, y obtener un acuse de recibo y una resolución de manera oportuna.

RECIBIR ATENCIÓN Y SERVICIOS PROFESIONALES

Esto incluye su derecho a lo siguiente:

- a. Consultar a los proveedores del plan, obtener los servicios de atención médica cubiertos y recibir sus medicamentos en un periodo razonable y de manera eficaz, rápida, atenta y profesional.
- b. Pedir que su atención médica, historias clínicas e información médica protegida permanezcan confidenciales y se administren de manera que se respete su privacidad.
- c. Ser tratado con respeto y dignidad.
- d. Solicitar que un miembro del personal esté presente para acompañarle durante las citas o los exámenes médicos.
- e. Conocer y ejercer sus derechos y responsabilidades sin ningún tipo de discriminación por su edad, género, orientación sexual, raza, origen étnico, religión, incapacidad, condición médica, país de origen, antecedentes educativos, habilidades de lectura, capacidad de hablar o leer en inglés, o estado económico o de salud, incluidas las incapacidades mentales o físicas que pudiera tener.
- f. Solicitar servicios de interpretación en su idioma principal sin costo.
- g. Recibir atención médica en centros que ofrezcan un entorno seguro y accesible para todas las personas.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro de Kaiser Permanente, usted tiene la responsabilidad de hacer lo siguiente:

FOMENTAR SU BUENA SALUD

- a. Participar en su atención médica y tener hábitos saludables.
- b. Elegir un médico de atención primaria. Puede elegir un médico cuya especialidad sea medicina interna, pediatría o medicina familiar como su médico de atención primaria.
- c. Dar a su médico o a cualquier otro profesional de atención médica que lo atienda la información más precisa y completa que pueda sobre sus antecedentes de salud y su condición médica.
- d. Colaborar con nosotros para ayudarnos a entender sus problemas de salud y desarrollar objetivos de tratamiento que hayamos acordado mutuamente.
- e. Hablar con su médico o profesional de atención médica si tiene preguntas, o si no entiende algún aspecto de su tratamiento médico o no está de acuerdo con este.
- f. Hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar su salud siguiendo el plan de tratamiento y las instrucciones que su médico o profesional de atención médica le recomienden.
- g. Programar las citas de cuidado de salud que su médico o profesional de atención médica le recomienden.
- h. Ir a las citas o cancelarlas con la mayor antelación posible.
- i. Informarnos si ya no vive o trabaja dentro del área de servicio del plan.

CONOCER Y ENTENDER SU PLAN Y SUS BENEFICIOS

- a. Leer sobre sus beneficios de atención médica y familiarizarse con ellos. En su contrato, encontrará información detallada sobre su plan, los beneficios y los servicios cubiertos. Si tiene preguntas o dudas, llámenos.
- b. Pagar las primas de su plan y llevar dinero a la consulta para pagar el copago, el coseguro o el deducible, cuando corresponda.
- c. Comunicarse con nosotros si tiene preguntas, dudas, problemas o sugerencias.
- d. Informarnos si tiene algún otro seguro médico o cobertura de medicamentos.
- e. Informarle a cualquier red o proveedor no participante que le brinde atención que está inscrito en nuestro plan.

FOMENTAR EL RESPETO Y LA SEGURIDAD DE LOS DEMÁS

- a. Tratar a los demás con la misma cortesía y respeto que espera recibir cuando busca servicios de atención médica.
- b. Garantizar un ambiente seguro para los demás miembros, el personal y los médicos sin amenazar ni dañar a otras personas.

Cómo presentar un reclamo de reembolso

Puede enviar una solicitud de reembolso de los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos que reciba de médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica como un reclamo de beneficios. Envíe su solicitud al plan de salud por correo postal junto con las facturas detalladas, los recibos y toda la documentación de respaldo a esta dirección:

National Claims Administration Mid-Atlantic States
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

Como alternativa, puede enviar su solicitud por fax de manera segura al **866-568-4184**. Sin embargo, debido a que la calidad de la imagen puede variar cuando envía documentos por fax, le recomendamos que envíe las solicitudes de reembolso por correo postal. Los documentos ilegibles se devolverán al remitente y se le pedirá que proporcione la documentación con mayor claridad para procesar su solicitud.

Las solicitudes de reembolso deberán enviarse al plan de salud antes de que pase un año desde que se recibieron los servicios cubiertos. Si no se envía la solicitud dentro de ese plazo, no se invalidará ni reducirá la cantidad del reclamo si existe un motivo razonable por el cual no fue posible enviar la solicitud antes de la fecha indicada y si el reclamo se envía antes de que se cumplan dos años de la fecha en que se recibió el servicio. La incapacidad legal de un miembro suspenderá el tiempo en que se puede presentar el reclamo. Dicho periodo de suspensión termina cuando se recupera la capacidad legal.

Antes de que pasen 30 días a partir de que recibamos su solicitud, le enviaremos una declaración de la *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits)* con los detalles de lo que debe pagar usted y lo que pagará el plan de salud. Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión del plan de salud de no pagar la totalidad o una parte del reclamo.

Nota: Este aviso se aplica únicamente a los miembros de Kaiser Permanente que tienen cobertura con los contratos vendidos a las empresas y a los individuos residentes en Maryland. Si su cobertura se basa en otro estado, revise el contrato para conocer los detalles específicos sobre cómo presentar reclamos de reembolso. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un centro de atención dentro de la red, está protegido contra la facturación inesperada o la facturación de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldos" (a veces llamada "facturación inesperada")?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, podría tener que pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que haya otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o va a un centro de atención médica que no esté en la red del plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y a los centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red le puedan facturar la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto total cobrado por el servicio. Esto se denomina "facturación de saldos". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación inesperada" es una facturación de saldos que no estaba prevista. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o programa una consulta en un centro de atención dentro de la red, pero recibe tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red.

Las aseguradoras están obligadas a informarle qué proveedores y centros forman parte de sus redes. Los proveedores y los centros médicos deben informarle con qué redes de proveedores participan. Esta información se encuentra en el sitio web de la aseguradora, del proveedor o del centro, o bien puede solicitarla.

Usted está protegido contra la facturación de saldos para los siguientes servicios:

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como deducibles, copagos y coseguros). No pueden facturarle saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría recibir en el mismo centro una vez que se encuentre en una condición estable, a menos que dé un consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios de atención de postestabilización.

CIERTOS SERVICIOS EN UN CENTRO DENTRO DE LA RED

Cuando recibe servicios en un centro dentro de la red, es posible que haya algunos proveedores fuera de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto corresponde a los servicios de medicina de emergencia, de laboratorio, y de un cirujano y un ayudante de cirujano, así como servicios auxiliares profesionales, como anestesia, patología, radiología, neonatología, o servicios de un médico de hospital o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle saldos ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle saldos a usted, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

No tiene la obligación de renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco tiene la obligación de recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro formaran parte de la red). Su plan de salud les pagará directamente a los proveedores y los centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud deberá hacer lo siguiente:
 - cubrir servicios de emergencia sin exigir que usted obtenga la aprobación de los servicios con antelación (autorización previa);
 - cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red;
 - basar lo que le debe al proveedor o al centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o un centro dentro de la red e indicar ese monto en su *Explicación de Beneficios*;
 - hacer contar como parte de su deducible y de su límite de gastos de bolsillo dentro de la red cualquier monto que pague por servicios de emergencia o fuera de la red.

Si cree que le han facturado erróneamente, puede llamar a los organismos federales encargados del cumplimiento de la ley federal de protección contra la facturación de saldos al **800-985-3059**, presentar una queja ante Virginia State Corporation Commission Bureau of Insurance (Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa del Estado de Virginia) en scc.virginia.gov/pages/File-Complaint-Consumers o llamar al **877-310-6560**.

Visite cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos de acuerdo con la ley federal.

Los consumidores cubiertos por (i) una póliza con cobertura completa emitida en Virginia, (ii) el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Virginia o (iii) un grupo autofinanciado que aceptó las protecciones de Virginia también están protegidos contra la facturación de saldos según la ley de Virginia. Visite scc.virginia.gov/pages/Balance-Billing-Protection para obtener más información sobre sus derechos de acuerdo con la ley de Virginia.

Procedimientos para presentar quejas de los miembros

Usted tiene derecho a dejar un comentario positivo o presentar una queja ante Kaiser Permanente. Le pedimos que nos informe si la atención que recibió como miembro de Kaiser Permanente fue excelente o si ha tenido alguna duda o algún problema.

Los representantes de Servicio a los Miembros se dedican a responder preguntas sobre sus beneficios del plan de salud, los servicios disponibles y los centros donde puede recibir atención. Por ejemplo, pueden explicarle cómo hacer su primera cita médica y qué debe hacer si se muda o si necesita atención cuando esté de viaje y cómo reemplazar una tarjeta de identificación. También pueden ayudarle a presentar un reclamo por los servicios de emergencia o de atención de urgencia, tanto dentro como fuera del área de servicio, o presentar una apelación.

En la mayoría de las oficinas administrativas de los centros médicos de Kaiser Permanente, se brinda ayuda a los miembros y hay especialistas en recursos, o bien puede llamar a Servicio a los Miembros.

Los comentarios positivos y las quejas por escrito deben enviarse a la siguiente dirección:

Nine Piedmont Center
Attention: Member Relations
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305-1736
Fax: **404-949-5001**

Un representante de Servicio a los Miembros coordinará con los departamentos correspondientes para investigar y resolver su queja. Si su queja está relacionada con que el plan de salud haya tomado la decisión de no autorizar algún servicio médico o medicamento, o de no pagar un reclamo, usted tiene el derecho de presentar una apelación.

Casos de urgencia médica

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN URGENTE

Es posible presentar apelaciones aceleradas en casos de urgencia médica. En esos casos, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.

Fuera del horario de atención, puede llamar a un enfermero de consulta:

- Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **703-359-7878 (TTY 711)**.
- Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame sin costo al **800-777-7904 (TTY 711)**.

APELACIONES QUE NO SON URGENTES

Las apelaciones de servicios que no son urgentes deben presentarse verbalmente o por escrito. Cuando lo haga, incluya lo siguiente:

- El nombre del miembro y su número de historia clínica.
- Una descripción del servicio o del reclamo que se rechazó.
- La razón por la que cree que el plan de salud debería autorizar el servicio o pagar el reclamo.
- Una copia del aviso de denegación que recibió.

Para presentar una apelación verbalmente, llame al **800-777-7902 (TTY 711)**. O envíe una apelación por escrito a:

Kaiser Permanente
Attention: Member Relations
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road NE
Atlanta, GA 30305-1736
Fax: **404-949-5001**

Un analista de apelaciones recibirá su solicitud, le indicará si necesita alguna información adicional y le ayudará a obtener información cuando sea necesario. El analista también llevará a cabo una investigación y preparará su solicitud para que la revise el comité de apelaciones o quejas formales. Una vez que se complete la revisión, usted recibirá un aviso por escrito de la decisión del plan de salud con respecto a su solicitud de apelación o queja formal. También recibirá información sobre cualquier nivel adicional de revisión disponible que pueda solicitar. La información detallada sobre los procedimientos para enviar comentarios positivos y quejas o para presentar una apelación o queja formal está en su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*, su *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* o, si es miembro de los Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (Federal Employees Health Benefits, FEHB), el folleto federal (*RI 73-047*).

Derecho a una revisión independiente

Nos comprometemos a garantizar que sus dudas se escuchen y resuelvan de manera justa y adecuada. Una vez que haya agotado sus derechos de presentar quejas y apelaciones ante Kaiser Permanente, si aún tiene dudas sobre la atención médica y considera que el plan de salud no se ha ocupado de ellas de manera satisfactoria, tiene derecho a solicitar una revisión independiente.

Además, según los requisitos estatales o federales, es posible que tenga derecho a solicitar una revisión independiente estándar o acelerada antes de que se complete el proceso de apelación interna de Kaiser Permanente o al mismo tiempo que se procesa su apelación interna en los siguientes casos:

- El plan de salud no procesa su apelación dentro del plazo requerido.
- El plan de salud no comparte las pruebas nuevas o adicionales que se consideran, se usan o se generan en relación con su apelación.
- El plan de salud no proporciona una justificación nueva o adicional antes de tomar una decisión final.
- La determinación adversa está relacionada con el cáncer.
- Recibe un ciclo de tratamiento en ese momento.
- La posible demora con la que se recibe un servicio de atención médica hasta que se complete el proceso de queja formal o apelación interna podría ocasionar (a) la muerte, (b) la deficiencia grave de una función del cuerpo, (c) la disfunción grave de un órgano del cuerpo, (d) la continuación de una enfermedad mental con síntomas que pueden resultar peligrosos para sí mismo o para otros o (e) síntomas graves de abstinencia en forma continua.

Puede solicitar una revisión independiente si se comunica con uno de los siguientes organismos. Consulte su contrato para obtener detalles específicos sobre sus derechos relacionados con la revisión independiente y para saber con qué organismo debe comunicarse.

EN EL DISTRITO DE COLUMBIA

- **Office of Health Care Ombudsman and Bill of Rights**
One Judiciary Square
441 4th Street NW
Suite 250 North
Washington, DC 20001
202-724-7491
877-685-6391 (línea telefónica sin costo)
202-442-6724 (fax)
Sitio web: www.healthcareombudsman.dc.gov
Correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov

EN MARYLAND

- **Office of the Attorney General**
Consumer Protection Division
Health Education and Advocacy Unit
200 Saint Paul Place
Baltimore, MD 21202
877-261-8807 (línea telefónica sin costo)
Sitio web: www.marylandattorneygeneral.gov
- **Maryland Insurance Administration**
Appeals and Grievance Unit
200 Saint Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000
800-492-6116 (línea telefónica sin costo)
800-735-2258 (línea telefónica TTY sin costo)
410-468-2270 o 410-468-2260 (fax)
Sitio web: www.insurance.maryland.gov/Consumer/Pages/EnEspañol.aspx

EN VIRGINIA

- **Office of the Managed Care Ombudsman**
Virginia Bureau of Insurance
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
877-310-6560 (línea telefónica sin costo)
804-371-9032 (área metropolitana de Richmond)
804-371-9944 (fax)
Sitio web: scc.virginia.gov/pages/Office-of-the-Managed-Care-Ombudsman
Correo electrónico: ombudsman@scc.virginia.gov
- **State Corporation Commission**
Bureau of Insurance, Life and Health Division
P.O. Box 1157
Richmond, VA 23218
804-371-9691
877-310-6560 (línea telefónica sin costo)
804-371-9206 (TDD)
Sitio web: scc.virginia.gov/pages/consumers
- **The Office of Licensure and Certification**
Department of Health
9960 Mayland Drive, Suite 401
Richmond, VA 23233-1463

804-367-2106
800-955-1819 (línea telefónica sin costo)
804-527-4503 (fax)
Sitio web: vdh.virginia.gov/licensure-and-certification
Correo electrónico: OLC-Complaints@vdh.virginia.gov

PARA LOS EMPLEADOS FEDERALES

- **United States Office of Personnel Management**
Insurance Services Programs
Health Insurance Group 3
1900 E St. NW
Washington, DC 20415-3630
202-606-0755
Sitio web: www.opm.gov

Cómo elegir sus medicamentos

Kaiser Permanente tiene una lista de medicamentos disponibles, o lista de medicamentos preferidos, para ayudar a su médico a escoger el medicamento adecuado para usted. La lista de medicamentos disponibles incluye muchas clases de medicamentos para tratar diversas condiciones médicas.

Antes de incluir un medicamento en la lista de medicamentos disponibles, un comité de médicos y farmacéuticos de Kaiser Permanente lleva a cabo una revisión completa, en la que se analiza lo siguiente:

- la seguridad;
- la eficacia (qué tan bien funciona el medicamento para la condición médica);
- el valor terapéutico (qué tan bien funciona el medicamento en comparación con otros que podrían funcionar de la misma forma o de manera similar);
- los efectos secundarios;
- las interacciones con otros medicamentos;
- el costo (cuando la seguridad, la eficacia y los efectos secundarios de dos o más medicamentos son iguales).

La lista de medicamentos disponibles incluye medicamentos de marca y genéricos (los medicamentos genéricos contienen los mismos principios activos que los de marca) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por ser seguros y eficaces para su uso. En la mayoría de los casos, su médico le recetará un medicamento genérico si hay uno disponible. Algunos medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos pueden tener otros requisitos o límites de cobertura según el beneficio de medicamentos que usted tenga. Se incluye información específica en la lista de medicamentos disponibles. Antes de hacer algún cambio terapéutico, deberá hablar con su médico, quien tendrá que aprobarlo.

Si cree que necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos disponibles (un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos), hable con su médico. El proceso de excepciones para los medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos cubiertos está vigente para que usted y su médico accedan a un medicamento médicamente necesario como parte de su beneficio de medicamentos, incluso si no está en la lista de medicamentos disponibles. Su médico deberá proporcionar evidencia de que el medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos es médicamente necesario; de lo contrario, usted deberá pagar su precio completo (no solo su copago de medicamentos). Si desea iniciar el proceso de excepciones para medicamentos no incluidos en la lista de medicamentos cubiertos, comuníquese con Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902** (TTY **711**) o visite kp.org/espanol para enviar un correo electrónico a su médico.

Si usted o su médico desean solicitar que se agregue un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos o que se quite un medicamento ya incluido en esta lista, puede completar el formulario de solicitud en kp.org/espanol o llamar a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902** (TTY **711**).

El costo de los medicamentos puede variar según el tipo de medicamento y el beneficio de medicamentos que usted tenga. Puede encontrar información detallada sobre su beneficio de medicamentos en el contrato de su plan de beneficios de salud. Si tiene preguntas o dudas, o desea apelar el costo de un medicamento o la decisión sobre un medicamento no incluido en la lista de medicamentos cubiertos y que su médico no consideró médicamente necesario, debe comunicarse con Servicio a los Miembros. Sus beneficios de medicamentos pueden cambiar de un año a otro, así que asegúrese de consultar su contrato para conocer el beneficio de medicamentos de su plan de beneficios de salud.

Puede encontrar la versión más actualizada de la lista de medicamentos disponibles en línea en kp.org/espanol, o bien puede solicitar una copia de la lista a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al **800-777-7902** (TTY **711**).

Pueden aplicarse cambios a la lista de medicamentos disponibles con regularidad en función de las decisiones que se toman durante las reuniones mensuales del Comité de Farmacia y Terapéutica. Visite el sitio web, kp.org/espanol, regularmente para ver las actualizaciones recientes o los cambios que se hicieron a la lista de medicamentos disponibles.

Cómo reducir potencialmente el costo de los copagos de medicamentos

Como beneficio adicional, puede ahorrar tiempo y dinero a la hora de volver a surtir los medicamentos con el sistema de surtido. Este servicio, recomendado para los medicamentos de rutina (de mantenimiento), le permite hacer su pedido por teléfono. Con el sistema de surtido también puede averiguar si ya están listos los medicamentos que pidió volver a surtir.

Llame sin costo al **800-700-1479** (TTY **703-466-4835**), en cualquier momento del día o de la noche, y siga las instrucciones. Si tiene que volver a surtir sus medicamentos, seleccione la opción para que se los envíen por correo¹ sin cargo adicional. Normalmente, recibirá su pedido en un plazo de 3 a 5 días hábiles. Para que el servicio sea más rápido, puede recoger los medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestros consultorios médicos.

Es posible que pueda ahorrar más dinero si usa la opción de entrega de medicamentos a domicilio. Consulte su contrato para obtener información detallada sobre los beneficios de medicamentos y los servicios disponibles.

Surta sus medicamentos y lleve un registro en línea

Llevar un control de sus medicamentos es más fácil cuando los administra en línea. Hay muchas maneras convenientes de surtir y administrar los medicamentos sin salir de su casa, como establecer recordatorios de cuándo debe volver a surtirlos, hacer el seguimiento de los pedidos y otras funciones.

Para la mayoría de los medicamentos, se puede ahorrar el viaje hasta la farmacia y recibir lo siguiente:

- Recordatorios para volver a surtir los medicamentos por mensaje de texto, notificaciones desde la aplicación para dispositivos móviles o correos electrónicos cuando haya medicamentos disponibles para hacer un pedido. Los recordatorios por mensaje de texto le permiten hacer el pedido para volver a surtir con solo responder el mensaje.
- El estado actualizado de la información de sus pedidos (incluidos los problemas de envío o los retrasos) por mensaje de texto o correo electrónico.
- Las opciones de envío convenientes, que incluyen el envío estándar sin costo adicional (generalmente en un plazo de 3 a 5 días) o el envío durante el mismo día o al día siguiente por un cargo adicional.¹

Regístrese en kp.org/pharmacy (haga clic en "Español") o use la aplicación de Kaiser Permanente para administrar sus medicamentos en línea.

Información para mantenerse saludable

Lo invitamos a conocer más sobre la trayectoria profesional de su médico y la calidad de los hospitales de la zona. Estar informado puede ayudarle a mantenerse saludable. Además de kp.org/espanol, hay muchos otros sitios que proporcionan información útil.

Para encontrar información sobre la educación, la capacitación y las certificaciones de su médico, visite la página en línea "Encuentre un médico" en kp.org/espanol. También puede llamar a Servicio a los Miembros. Cada estado requiere que los médicos tengan licencia en su jurisdicción para poder ejercer. Las autoridades de cada estado que otorgan las licencias ponen a disposición del público cierto tipo de información. Para obtener más información sobre la educación, la capacitación y el estado de la licencia de cualquier médico que ejerza en nuestras áreas de servicio, visite los siguientes sitios web:

- Maryland: www.mbp.state.md.us/bpqapp
- Virginia: www.vahealthprovider.com/search.asp
- Washington D. C.: doh.force.com/ver/s/

¹ Nota: Existen restricciones para los tipos de medicamentos que podemos enviar por correo, y actualmente no hacemos envíos a los 50 estados debido a restricciones de licencias. Si desea hacer un pedido con envío a una dirección fuera de los estados del Atlántico Medio (Distrito de Columbia, Maryland y Virginia), comuníquese con el servicio de entrega de medicamentos a domicilio para confirmar que hagan envíos a ese sitio antes de hacer el pedido para volver a surtir sus medicamentos.

La autorización de una junta indica que un médico ha superado los requisitos necesarios para obtener la licencia y ha cumplido los requisitos de certificación establecidos por una junta de especialidad. El estado de médico autorizado por la junta indica que el profesional tiene el conocimiento, las habilidades y la experiencia correspondientes que se necesitan para ofrecer atención de calidad en un área específica de la medicina. Para verificar si un médico está autorizado por 1 de las 24 juntas de especialidad acreditadas por la American Board of Medical Specialties (Junta Estadounidense de Especialidades Médicas), visite www.abms.org. El 95 % de los médicos en Mid-Atlantic Permanent Medical Group están autorizados por la junta correspondiente. Los hospitales y los centros de enfermería están autorizados por la jurisdicción en la que funcionan. Además, hay otras entidades reguladoras o de acreditación que evalúan la calidad.

Para encontrar información sobre la calidad de un hospital, un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o un centro de enfermería especializada en particular, consulte estos sitios web:

- The Joint Commission (Comisión Conjunta): jointcommission.org
- Maryland Health Care Commission (Comisión de Atención Médica de Maryland): mhcc.maryland.gov
- Quality Improvement Organization for the State of Maryland (Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Estado de Maryland): qioprogram.org/locate-your-qio
- Virginia Health Information (Información de Salud de Virginia): vhi.org
- Sitio del Gobierno de los Estados Unidos para las personas que tienen Medicare: es.medicare.gov

También lo invitamos a consultar la información específica de cada hospital acerca de las prácticas de seguridad. The Leapfrog Group trabaja para identificar los problemas que podrían afectar a los pacientes y propone soluciones destinadas a mejorar los sistemas de hospitales y reducir los errores médicos evitables.

Los siguientes hospitales afiliados a Kaiser Permanente han completado la Hospital Quality and Safety Survey (Encuesta de Calidad y Seguridad Hospitalaria) de The Leapfrog Group:

- Reston Hospital Center
- Sinai Hospital
- University of Maryland Medical Center

Los resultados de la encuesta están disponibles en leapfroggroup.org.

Kaiser Permanente no puede garantizar la exactitud, la exhaustividad ni la integridad de los datos proporcionados a través de los sitios web comerciales. (Algunos sitios cobran un precio por cada pregunta). Se recomienda a los miembros que tengan cuidado al recopilar información de estos sitios o sacar conclusiones acerca de la calidad general de la atención de un proveedor de atención médica que se basen exclusivamente en estos datos. Los datos de estas fuentes pueden no ser confiables: es posible que no estén validados adecuadamente o que no usen las metodologías de ajuste de riesgos adecuadas que neutralizarían las disparidades de casos entre los centros de atención o los profesionales médicos.

Información sobre el profesional médico que se da a los pacientes

Por ley, los doctores en medicina, osteopatía y podología que ejercen en Virginia deben dar a los pacientes, si estos así lo solicitan, información sobre cómo obtener los registros del proveedor en cuanto a su educación, licencia, especialidad, años en ejercicio de la profesión, dirección de consultorio, información sobre sanciones y cualquier otra información relacionada con sus aptitudes.

Para obtener esta información directamente, puede comunicarse con el Virginia Board of Medicine (Consejo Médico de Virginia) en vahealthprovider.com.

Cómo elegir un proveedor de atención primaria para adultos

Los miembros que hayan cumplido 18 años tienen la edad para elegir un proveedor de atención primaria. Pueden hacerlo a través de kp.org/doctor (en inglés) para elegir un proveedor de atención primaria o pueden comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda.

Información sobre el programa de calidad

En Kaiser Permanente, nos comprometemos a ofrecerle atención médica de calidad y a un costo razonable que sea equitativa y accesible para todos los miembros y las comunidades donde prestamos servicios. Nuestros médicos y administradores trabajan en equipo para mejorar la atención, los servicios y el desempeño general de la organización. Participamos en varios informes independientes sobre la calidad de la atención y los servicios para que usted cuente con información confiable sobre la calidad de la atención que proporcionamos y con un medio que le permita comparar nuestro desempeño con el de otros planes de salud de la región. Estos son algunos de los informes sobre calidad en los que participamos:

- el del Comité Nacional para el Control de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) del estado de acreditación del plan de salud;
- el del Conjunto de Datos e Información sobre el Empleador para el Plan de Salud (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS) sobre la eficacia clínica de la atención y los parámetros de desempeño;
- el de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención Médica (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS), que mide el nivel de satisfacción de los miembros respecto al plan de salud.
- el de la Multicultural Health Care Distinction (Distinción de Atención Médica de Calidad) del National Committee for Quality Assurance,¹ que cambió a Health Equity Accreditation (Acreditación de Igualdad en Salud) en 2024.²

Los planes comerciales de Kaiser Permanente mantienen el estado de acreditado por parte del NCQA hasta finales de 2024 ([ncqa.org](https://www.ncqa.org), HP Report Card [Informe del plan de salud]). Esta acreditación se otorga solamente a los planes de salud que cumplen o superan los rigurosos requisitos del NCQA en lo que respecta a la protección del consumidor y al mejoramiento de la calidad. Para ver el informe completo, visite [ncqa.org](https://www.ncqa.org). El NCQA es el organismo más destacado del país encargado de supervisar las organizaciones de atención administrada. Para obtener más información sobre el programa de calidad o solicitar una copia de este programa u otra información, incluido un informe sobre nuestros avances respecto a las metas de mejoramiento de la calidad, llame a Servicio a los Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente o visite [kp.org/quality](https://www.kp.org/quality) (haga clic en "Español").

Servicios de idiomas

Como parte de la misión de Kaiser Permanente, nos comprometemos a proporcionar acceso a una atención de calidad y a un servicio culturalmente competente a todos nuestros valiosos miembros, sin importar la preferencia de idioma, la capacidad auditiva o los antecedentes culturales. Usted tiene el derecho de recibir servicios de idiomas sin costo para las cuestiones relacionadas con la atención médica que necesita. Estos servicios están disponibles, por lo que puede estar seguro de que podrá comunicarse sin problemas cuando llame o visite un centro médico de Kaiser Permanente. Los servicios de idiomas incluyen lo siguiente:

- **Acceso a un intérprete las 24 horas.** Lo comunicaremos con una persona que hable su idioma cuando nos llame para coordinar una cita o para hablar con un enfermero de consulta médica, su médico o un representante de Servicio a los Miembros.
- **Servicios de traducción.** Es posible que algunos de los materiales para los miembros estén disponibles en su idioma de preferencia. Para solicitar materiales para miembros en su idioma de preferencia, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**.
- **Médicos y personal bilingües.** En algunos centros médicos y centros de atención, contamos con médicos y personal bilingües que pueden ayudarle con las cuestiones relacionadas con la salud. Puede llamar a Servicio a los Miembros o buscar en línea en el directorio de personal médico en [kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol).
- **Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS).** Si es sordo, tiene problemas auditivos o un trastorno del habla, tenemos números de acceso al TRS que puede utilizar para hacer una cita o hablar con un enfermero de consulta, su médico o un representante de Servicio a los Miembros.

¹ En septiembre de 2021, la Multicultural Health Care Distinction del NCQA cambió a la Health Equity Accreditation.

² Kaiser Permanente participará en la Health Equity Survey (Encuesta de Igualdad en Salud) del NCQA en octubre de 2024.

- **Braille o impresión en letra grande.** Si es ciego o tiene trastornos de la vista, puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar documentos en braille o impresos en letra grande.
- **Servicios de interpretación del lenguaje de señas.** Estos servicios están disponibles para las citas.
- **Recursos educativos.** Algunos materiales de promoción de la salud específicos están disponibles en idiomas extranjeros si se solicitan. Para acceder a información y muchos recursos educativos en español, como *La Guía en Español (the Guide in Spanish)*, visite [kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol). También puede buscar la letra "ñ" en el sitio web en inglés. La "ñ" señala contenido adecuado disponible en español en *La Guía en Español*.
- **Etiquetas de medicamentos.** Si lo solicita, su farmacéutico puede proporcionar etiquetas de medicamentos en español para la mayoría de los medicamentos que se surtan en su farmacia de Kaiser Permanente.

Obtención de información sobre la raza, el origen étnico y la preferencia de idioma

Para atender las cuestiones relacionadas con el idioma de nuestros miembros y proporcionar servicios que sean culturalmente adecuados, necesitamos información que nos ayude a crear programas y recursos adicionales. Como parte de nuestro sistema de registros de salud digitales, nos esforzaremos por obtener datos demográficos y de preferencia de idioma de forma regular. Cuando visite un centro médico, se le pedirá que proporcione su información demográfica, que incluye raza, origen étnico y preferencia de idioma.

En Kaiser Permanente, los equipos de atención médica ahora pueden documentar su orientación sexual, identidad de género y pronombres (*sexual orientation, gender identity, and pronouns, SOGI*) en su historia clínica. Ampliar nuestra obtención de datos para incluir esta información adicional nos ayudará a crear un entorno de atención médica más inclusivo y colaborador para todos.

También puede identificar usted mismo esta información a través del portal para afiliados [kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol). Puede encontrar el cuestionario en línea en [kp.org/espanol](https://www.kp.org/espanol) y seleccionar la pestaña "Medical Records" (Historias clínicas). A continuación, desplácese hacia abajo para seleccionar "Questionnaires" (Cuestionarios) y elija "Sexual Orientation and Gender Identity Questionnaire" (Cuestionario de orientación sexual e identidad de género). También puede introducir sus pronombres en este mismo formulario. Una vez cumplimentado, esta información se incluirá en su registro de salud digital. Una vez más, esta información es confidencial y solo puede acceder a ella su equipo de atención médica.

En Kaiser Permanente, nos comprometemos a brindar atención médica a todos nuestros miembros, independientemente de su raza, origen étnico, preferencia de idioma o identidad SOGI. Usted decidirá si desea proporcionar su información demográfica. La información es confidencial y se usará únicamente para mejorar la calidad de la atención que se ofrece a usted y a los demás miembros del plan de salud. Esta información también nos permite cumplir las normas de presentación de informes necesarias que garantizan la no discriminación en la prestación de la atención médica.

Si desea obtener información adicional, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**. Creemos que conocer sus preferencias culturales y de idioma nos permite personalizar más fácilmente la atención y los servicios que le ofrecemos según lo que usted necesita.

Programa de supervisión de la utilización de servicios y de administración de recursos

Atención eficaz y de calidad a través de la administración de recursos

Para garantizar que haya una buena administración de los recursos, contamos con varios programas diseñados para revisar y mejorar continuamente nuestros sistemas y la calidad de la atención y los servicios que reciben nuestros miembros.

Compromiso con la calidad y el cumplimiento

El plan de salud y el grupo médico evalúan con regularidad la calidad de la atención y revisan la forma en la que se usan la atención y los servicios para garantizar que sigamos destacándonos por nuestra calidad en la zona del Atlántico Medio. También tenemos personal que revisa nuestros programas para asegurarse de que cumplamos las leyes y las regulaciones, y que administremos los beneficios de manera apropiada.

Administración de la utilización de servicios en Kaiser Permanente

Los médicos personales proporcionan y coordinan la atención médicamente adecuada para nuestros miembros en tiempo y forma. La administración de la utilización de servicios (*utilization management*, UM) es el proceso mediante el cual Kaiser Permanente colabora con su médico personal para asegurarse de que usted reciba la autorización necesaria para obtener la atención médicamente adecuada antes de que se le brinden servicios opcionales. Las actividades de UM se llevan a cabo en todas las instalaciones de atención médica de Kaiser Permanente, incluidos los centros médicos, los hospitales afiliados, los centros de enfermería especializada, los centros de rehabilitación, los servicios de salud a domicilio, los centros de cuidados paliativos, los centros de farmacodependencia, las salas de emergencias, los centros de cirugía ambulatoria, los laboratorios, las farmacias y los centros de radiología.

Si desea obtener más información sobre el programa de administración de recursos y supervisión de la utilización de servicios, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros, quien podrá darle información sin costo sobre el estado de una referencia o una autorización; darle una copia sin costo de los criterios, las pautas o los protocolos que usamos para la toma de decisiones; responder sus preguntas sobre una decisión de denegación; o comunicarlo con un miembro del equipo de UM. Los miembros del personal de UM están disponibles al menos 8 horas al día durante los horarios habituales de atención para atender llamadas por cobrar o sin costo relacionadas con asuntos de supervisión de la utilización de servicios. El personal de UM puede recibir llamadas entrantes relacionadas con estos asuntos después de los horarios habituales de atención. Para comunicarse con el personal de UM, llame a Servicio a los Miembros al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Cuando haga o devuelva llamadas relacionadas con asuntos de supervisión de la utilización de servicios, nuestro personal se identificará con su nombre, su cargo y el nombre de la organización.

La accesibilidad es importante para todos los miembros, incluidos los que necesitan atención especial. El personal de Kaiser Permanente puede enviar y recibir mensajes a los miembros sordos, con deficiencia auditiva o con deficiencia del habla por medio de Servicio a los Miembros.

Los miembros que no hablan inglés pueden conversar sobre asuntos de supervisión de la utilización de servicios, solicitudes y dudas a través del programa de asistencia con el idioma de Kaiser Permanente, que le ofrece los servicios de un intérprete, de personal bilingüe o de la línea telefónica de ayuda con el idioma. El personal de UM tiene la línea de ayuda con el idioma programada en sus teléfonos para mejorar la comunicación oportuna con los miembros que no hablan inglés. Los servicios de ayuda con el idioma que reciben los miembros de Kaiser Permanente no tienen costo.

Atención médicamente adecuada

La atención médicamente adecuada es la atención necesaria para el diagnóstico, el tratamiento y el control de las condiciones médicas según las normas aceptadas, que se brinda en un ambiente apropiado y en el momento preciso para tratar al paciente.

Contamos con médicos capacitados y certificados que usarán su criterio clínico de expertos o los criterios médicos basados en la evidencia al momento de evaluar si una decisión es adecuada desde el punto de vista médico. Solamente un médico puede determinar si una decisión no es adecuada desde el punto de vista médico.

En caso de que un servicio sea denegado debido a que no cumple los criterios establecidos o porque no es un beneficio cubierto, los miembros pueden apelar. Consulte su *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, o llame a Servicio a los Miembros.

Cobertura para la atención médicamente necesaria

Todos los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios. Determinaremos en qué casos un servicio cubierto es médicamente necesario (el término está definido en su documento de cobertura). Tiene derecho a apelar nuestra decisión si recibimos su apelación en el plazo adecuado. Revise su *Acuerdo de Membresía*, *Evidencia de Cobertura* o *Certificado de Seguro* para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Declaración de afirmación de la supervisión de utilización de servicios: personal y profesionales médicos del plan de salud

El personal del Plan de Salud, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., administra los beneficios, se asegura del

cumplimiento de las leyes y regulaciones, supervisa la calidad de la atención, revisa cómo se usan los servicios y la atención, se encarga de brindarle atención continua y ayuda a organizar las múltiples facetas de su atención médica.

Los profesionales médicos y de atención médica de Kaiser Permanente toman decisiones sobre qué atención y servicios se proporcionan según las cuestiones de salud del miembro, si la atención y el servicio son apropiados, y si hay una cobertura del plan de salud. El Plan de Salud no toma decisiones sobre contratación, ascensos o despidos de sus profesionales médicos ni de otras personas en función de la probabilidad real o percibida de que apoyen o tiendan a apoyar la denegación de beneficios. El Plan de Salud no recompensa, contrata, asciende ni despiden a los profesionales médicos ni a otras personas específicamente por denegar solicitudes de cobertura, beneficios o atención médica. No existen motivaciones financieras que fomenten decisiones que den lugar específicamente a denegaciones o a un uso inadecuado de la atención o de los servicios, ni que creen obstáculos para la atención y los servicios. Para mantener y mejorar la salud de nuestros miembros, todos los profesionales médicos y del cuidado de la salud deben ser diligentes en la identificación de cualquier posible uso inadecuado de la atención o de los servicios.

Cómo lograr una mejor salud por medio de la administración de la atención

Por medio de estos servicios, como el programa de administración de la atención, seguimos desarrollando la idea de que la manera más adecuada de lograr una mejor salud es mediante la detección temprana y el control eficaz de las condiciones médicas. Nuestro programa de administración de la atención reúne y aplica métodos clínicos exitosos elaborados por nuestros médicos y los combina con las investigaciones médicas, las tecnologías y las innovaciones más recientes para mejorar la atención a los pacientes. El programa de administración de la atención también ofrece información sobre tratamientos médicos basados en la evidencia para apoyar a su médico en el control y la prevención de complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma, la presión arterial alta, la depresión y la enfermedad de las arterias coronarias. Lo más importante es que, mediante la administración de la atención, no solamente se beneficia de una mejor salud, sino que también gana la confianza y la capacidad necesarias para participar de manera activa en sus decisiones de atención.

Investigación y aprobación de las tecnologías médicas nuevas y emergentes

Casi todos los días, gracias a la investigación médica, se identifican nuevos medicamentos, procedimientos y dispositivos prometedores para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la cura de las enfermedades. Para ayudar a los médicos y los pacientes a decidir si un medicamento, procedimiento o dispositivo nuevo es médicamente necesario y adecuado, el Comité de Revisión e Implementación de Tecnologías (Technology Review and Implementation Committee, TRIC), en colaboración con el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T Committee) de Kaiser Permanente of the Mid-Atlantic States (KPMAS), el Comité Interregional de Tecnologías Nuevas y el Comité de Supervisión Regional de la Utilización de Servicios (Regional Utilization Management Committee, RUMC) responden a las dudas críticas sobre las indicaciones de uso, la seguridad, la eficacia y la importancia de las tecnologías nuevas y emergentes.

Estos comités interdisciplinarios que evalúan las tecnologías nuevas o emergentes son las principales fuentes de información sobre las tecnologías médicas nuevas o los usos nuevos de las tecnologías existentes. Muchos profesionales de atención médica, como médicos de atención primaria, médicos especialistas en clínica, médicos especialistas en ética, analistas de investigación y administradores, forman parte de los comités. Kaiser Permanente utiliza una combinación de fuentes para evaluar la seguridad y la eficacia de las tecnologías nuevas o emergentes. Esto incluye, entre otras fuentes, los hallazgos científicos de la investigación clínica o los ensayos aleatorizados, las publicaciones médicas revisadas por pares, los expertos en la materia dentro y fuera de Kaiser Permanente, la información de los organismos reguladores gubernamentales y las organizaciones profesionales apropiadas, la declaración de posición y la recomendación de los organismos gubernamentales, las sociedades profesionales y los resúmenes de las organizaciones que dependen del criterio de los expertos a la hora de determinar la seguridad y la eficacia de nuevas tecnologías, lo que incluye las recomendaciones de las organizaciones de evaluación de la tecnología. Si se demuestra de manera científica y convincente que hay nuevos recursos tecnológicos que brindan niveles de seguridad y eficacia equivalentes a los de los medicamentos, tratamientos,

procedimientos o dispositivos disponibles en la actualidad, es posible que los comités recomienden que estas nuevas tecnologías se implementen internamente en Kaiser Permanente y que se autorice su cobertura por parte de fuentes externas de atención según sus indicaciones de uso. Este proceso de evaluación tecnológica se agiliza cuando las circunstancias clínicas ameritan la evaluación urgente de tecnologías nuevas y emergentes.

El Comité Regional de Farmacia y Terapéutica (P&T) se encarga de desarrollar e implementar las políticas sobre los medicamentos y los materiales para pruebas de diagnóstico. La función principal del comité es revisar los medicamentos y los materiales para aprobarlos o rechazarlos, así como establecer pautas sobre la utilización de los medicamentos. El comité está formado por médicos, profesionales médicos y farmacéuticos, incluidos especialistas en pautas de prácticas clínicas.

El Comité de P&T puede evaluar o reevaluar cualquier medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). En conjunto con profesionales de distintas especialidades médicas, el Comité de P&T evalúa y selecciona los medicamentos disponibles que se consideran más adecuados para la atención al paciente. Luego, elabora una lista de medicamentos cubiertos o aprobados. El proceso para elaborar esta lista se basa en evidencia clínica sólida que demuestra que los medicamentos son seguros, adecuados y de bajo costo.

Servicios experimentales o en fase de investigación

Se dice que un servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación para el tratamiento de la condición médica de un miembro si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que el miembro recibe el servicio o cuando se determina que lo recibirá.

El servicio:

- No puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y no se le ha otorgado esa aprobación.
- Actualmente, está sujeto a la solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que se encuentra en los archivos de la FDA, pero que la FDA aún no ha aprobado.
- Está sujeto a la aprobación o la revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de atención, que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, la toxicidad o la eficacia de los servicios.
- Está sujeto a un protocolo escrito usado por el centro de atención para la investigación, los ensayos clínicos u otras pruebas o estudios a fin de evaluar su nivel de seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, como se demuestra en el protocolo mencionado o en el formulario de consentimiento por escrito que emplea el centro.

Es posible que se revisen las siguientes fuentes de información para decidir si un servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación:

- la historia clínica del miembro;
- los protocolos escritos u otros documentos relacionados con el servicio que se haya proporcionado o se vaya a proporcionar;
- todos los documentos de consentimiento que el miembro o su representante hayan firmado o deberán firmar para poder recibir los servicios;
- los expedientes y los registros de la IRB o alguna otra organización similar encargada de aprobar o revisar la investigación en la institución en la que el servicio se haya proporcionado o vaya a proporcionarse y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
- las publicaciones médicas y científicas sobre el servicio solicitado revisadas por pares, según corresponda en el caso de la condición médica del miembro;
- la evaluación de la tecnología realizada por Kaiser Permanente y por organizaciones externas;
- las normas, los registros, las solicitudes y cualquier otra medida o documento emitidos, archivados o utilizados por la FDA, la Office of Technology Assessment (Oficina de Evaluación de Tecnologías), otros organismos dentro de los EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, o cualquier otra agencia estatal que cumpla funciones similares.

En algunos de los estudios, se usan datos retrospectivos, es decir, los datos clínicos en nuestra historia clínica colectiva. Estos estudios tienen la aprobación de la IRB, pero no requieren un consentimiento informado. Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., colabora con Mid-Atlantic Permanent Medical Group, P. C., y usa la información y los análisis antes descritos para decidir si un servicio específico es experimental o se encuentra en fase de investigación.

Nota: Como regla general, Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. no proporciona cobertura para los servicios experimentales. Sin embargo, si cubrimos los ensayos clínicos de acuerdo con el *Acuerdo de Membresía, la Evidencia de Cobertura* o el contrato actuales.

Servicios de administración de casos

Existen varias oportunidades de administración de casos disponibles. Si necesita atención a corto plazo, hable con su médico sobre la posibilidad de referirlo a la administración de casos. Si tiene problemas de salud graves o una enfermedad recientemente diagnosticada que pueda requerir una intervención extensa a largo plazo, es posible que su médico u otro cuidador sugiera que se inscriba en el Complex Case Management Program. La inscripción en este programa es voluntaria y se puede interrumpir en cualquier momento.

Si la atención que necesita es adecuada para participar en el Complex Case Management Program y usted da su consentimiento, un administrador de casos trabajará con usted y con su cuidador. Con su ayuda y sus comentarios, el administrador de casos completará una evaluación que incluirá sus prioridades y preferencias. En colaboración con los proveedores correspondientes, con usted y con un cuidador, el administrador de casos establecerá metas por orden de importancia y definir un plan de autocontrol o de acción. El administrador de casos le ayudará a establecer un horario de comunicación según la atención que necesite. Si usted corre el riesgo de presentar un problema médico nuevo, su salud no mejora o su condición médica cambia repentinamente, se modificarán las metas. Si se requieren pruebas nuevas o diferentes para evaluar su condición, el administrador de casos le ayudará a coordinarlas.

Según la atención que necesite, los administradores de casos proporcionan los siguientes tipos de ayuda:

- evaluación inicial, incluida la revisión de los medicamentos;
- coordinación de la atención de todos los proveedores, por ejemplo, coordinación de citas, consultas telefónicas, recordatorios de pruebas de detección, exámenes, etc.;
- planificación de la atención según la atención que necesite, sus prioridades y preferencias;
- asesoría y supervisión de su estado de salud;
- apoyo y educación;
- ayuda para acceder a los recursos comunitarios y de Kaiser Permanente.

Si desea obtener más información o ayuda, puede llamar a la línea telefónica de autorreferencia al **866-223-2347** (línea telefónica sin costo).

Autorreferencia al programa de control de enfermedades

¿Tiene diabetes, asma, depresión, presión arterial alta, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfermedad de las arterias coronarias y desea obtener información para controlar su condición? Si es así, puede autorreferirse al programa de control de enfermedades. Dentro del área metropolitana de Washington D. C., llame al **703-359-7878 (TTY 711)**. Fuera del área metropolitana de Washington D. C., llame al **800-777-7904 (TTY 711)**.

Referencias a especialistas

Los médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores del plan ofrecen atención primaria, servicios de pediatría, servicios de obstetricia y ginecología, y atención especializada, que incluye, entre otras especialidades, ortopedia, cirugía general, dermatología, neurología, cardiología y gastroenterología. Si su médico de atención primaria decide, después de consultarlo con usted, que requiere servicios médicamente necesarios y adecuados, es posible que lo refiera a un médico de Kaiser Permanente u otro proveedor del plan para recibir ese servicio. La referencia que haya iniciado su proveedor de atención primaria o especialista tratante debe autorizarse antes de que usted reciba servicios de atención especializada que no sean de emergencia. El equipo de supervisión de la utilización de servicios, que está conformado por enfermeros, fisioterapeutas, médicos y personal de apoyo dedicados a las referencias, revisa y autoriza las referencias. Su médico de atención primaria o especialista tratante pueden referirlo a un proveedor que no pertenece al plan. Los servicios de proveedores que no pertenecen al plan se autorizarán únicamente si no están disponibles con los proveedores del plan. Debe tener una referencia autorizada al proveedor que no pertenece al plan para que cubramos los servicios o los suministros. Si la referencia a un proveedor que no pertenece al plan se autoriza debidamente, solo deberá pagar los copagos que habría pagado si un proveedor del plan hubiera proporcionado el servicio o los suministros. Estos son algunos ejemplos de servicios que requieren autorización o notificación:

- hospitalizaciones, incluidas las que son por parto, salud mental y farmacodependencia (las hospitalizaciones son las visitas al hospital en las que se ingresa a los miembros en un centro durante 24 horas o más);

- servicios especializados, como los servicios de salud a domicilio, los equipos médicos y los suministros asociados, y los cuidados paliativos;
- centros de enfermería especializada y de rehabilitación aguda;
- transporte médico en casos que no sean de emergencia;
- atención recibida de un profesional médico o centro que no tenga un contrato con Kaiser Permanente;
- atención que no sea de emergencia recibida fuera del área de servicio de Kaiser Permanente. Los servicios de emergencia, dentro y fuera de nuestra área de servicio, no requieren una referencia de un médico de atención primaria. ni es necesario que obtenga la atención de parte de un proveedor del plan).

Si su proveedor decide que usted necesita servicios cubiertos por un especialista, entonces solicitará una referencia para usted. Si no recibió una referencia durante su consulta y desea solicitarla, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902** (TTY **711**) para iniciar el proceso. Recibirá una decisión que indicará si la referencia solicitada se aprobó o denegó.

Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su referencia o los servicios denegados, o si desea solicitar una copia (sin costo) de cualquier pauta u otros criterios usados en cualquier decisión relacionada con su atención, comuníquese con Servicio a los Miembros al **800-777-7902** (TTY **711**).

Autorreferencias

Usted puede autorreferirse:

- A un médico del plan que se especialice en atención obstétrica o ginecológica.
- Para recibir servicios para la vista de rutina proporcionados en el consultorio de un médico del plan.
- Para la consulta inicial con un proveedor de servicios de salud mental para recibir servicios de salud mental o de farmacodependencia (llame a la línea telefónica sin costo de la Unidad de Acceso a la Salud Mental al **866-530-8778**); luego de esa consulta, es posible que el proveedor deba obtener una autorización previa para poder seguir prestando los servicios.
- Para los servicios dentales, únicamente si es un miembro que compró una cláusula de cobertura de beneficios dentales de Kaiser Permanente. Aunque no se requiere una referencia para acceder a la atención de estos proveedores, es posible que el proveedor deba obtener una autorización previa para ciertos servicios.

Información del directorio de proveedores

La información de los proveedores es correcta en el momento de la publicación. Si detecta información incorrecta de los proveedores en el directorio en línea o impreso y desea reportarla, llame a la línea telefónica sin costo al **877-806-7470** o envíela por correo electrónico a provider.relations@kp.org.

Atención para madres y recién nacidos de acuerdo con la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Kaiser Permanente ofrece cobertura (conforme a los términos de la póliza de la madre) para los servicios de hospitalización de la madre y de su recién nacido por los siguientes plazos mínimos:

- 48 horas de atención hospitalaria luego de un parto vaginal sin complicaciones;
- 96 horas de atención hospitalaria luego de un parto por cesárea sin complicaciones.

Si la madre y el recién nacido permanecen en el hospital al menos el tiempo que se estipula, la cobertura incluye una visita al hogar, si así lo indica el médico tratante. Es posible que la madre solicite una hospitalización más breve si, luego de hablar con su médico, decide que el tiempo que necesita para su recuperación es menor.

Si la hospitalización de la madre y el recién nacido dura menos de lo que se indicó anteriormente, la cobertura incluye una visita a domicilio que debe hacerse antes de que pasen 24 horas del alta hospitalaria y una visita a domicilio más, si así lo indica el médico.

Servicios de cuidado para la salud de la mujer en el Distrito de Columbia

En este artículo, se resume la información sobre la cobertura y el costo compartido para los servicios de cuidado para la salud de la mujer que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., brinda a los miembros del plan de salud en Washington D. C.

- Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA, los procedimientos de esterilización, la educación del paciente y el asesoramiento de las mujeres con capacidad reproductiva están cubiertos sin costo en el marco de la atención preventiva.
- Se ofrece cobertura sin cargo para servicios, productos, dispositivos y medicamentos anticonceptivos, incluidos los de venta libre y los recetados. Los miembros pueden obtener un suministro de hasta 12 meses de medicamentos anticonceptivos de una sola vez o durante el transcurso de los 12 meses, según lo decidan.
- Se ofrece cobertura sin cargo para los siguientes servicios y productos de salud preventiva:
 - a. prueba de detección de cáncer de seno;
 - b. apoyo, servicios y suministros para lactancia materna;
 - c. prueba de detección de cáncer cervicouterino, incluidas las pruebas de VPH;
 - d. prueba de detección de la diabetes gestacional;
 - e. prueba de detección de VIH y asesoramiento;
 - f. prueba de detección de violencia interpersonal y doméstica y asesoramiento;
 - g. prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento;
 - h. prueba de detección de hepatitis B y C y asesoramiento;
 - i. consultas de bienestar de la mujer, incluidas las consultas para obtener atención preventiva, atención previa a la concepción y atención prenatal necesarias;
 - j. suplementos de ácido fólico;
 - k. asesoramiento sobre quimioterapia preventiva del cáncer de seno y medicamentos preventivos;
 - l. valoración de riesgos y asesoramiento y pruebas genéticas mediante la Breast Cancer Risk Assessment Tool (Herramienta de valoración de riesgos de cáncer de seno) aprobada por el Instituto Nacional del Cáncer;
 - m. prueba de detección de incompatibilidad de Rh durante el embarazo;
 - n. artículos basados en la evidencia, servicios, artículos de medicamentos que tienen en vigencia una calificación "A" o "B" en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos al 19 de septiembre de 2017;
 - o. cualquier servicio o producto de salud adicionales, incluidos los dispositivos, los productos y los medicamentos anticonceptivos identificados por las reglas emitidas según el Código de D. C., §31-3834.02, subsección (c).

La expresión "sin cargo" indica que los servicios y los productos se proporcionarán al miembro de Kaiser Permanente sin costo, incluso si aún no se alcanza el deducible del plan. De este modo, el miembro no tiene ninguna responsabilidad financiera.

Aviso de beneficio exento: un empleador organizado, que opera como una entidad sin fines de lucro y mencionado en la sección 6033(a)(3)(A)(i) o (iii) del Código de Impuestos Internos de 1986, aprobado el 22 de octubre de 1986 (100 Estatuto 2740; 26 U.S.C. § 6033[a][3][A][i] o [iii]) puede estar exento de cualquier requisito para cubrir dispositivos, productos, servicios y medicamentos anticonceptivos en virtud de las §§ 31-3834.01, 31-3834.02 y 31-3834.03.

Servicios de habilitación

Kaiser Permanente ofrece cobertura de los servicios de habilitación a los miembros al menos hasta el final del mes en el que cumplan 19 años. Los servicios de habilitación incluyen dispositivos y servicios, como tratamiento de salud mental, atención psicológica y atención terapéutica, que ayudan a los miembros a aprender, mantener o mejorar sus habilidades y desempeño para la vida diaria. Kaiser Permanente deberá aprobar previamente todos los servicios de habilitación. Se aplica cualquier deducible, copago y coseguro que se requiera de acuerdo con su contrato. También se aplican los máximos de las pólizas y los límites de beneficios. Los servicios de habilitación no cuentan para alcanzar ningún máximo de consultas por servicios de terapia. Tenga en cuenta que este beneficio no cubre ninguna terapia proporcionada por medio del sistema escolar. Revise su contrato para conocer los detalles específicos sobre los beneficios de habilitación.

Este aviso de cobertura se aplica únicamente a los contratos vendidos a empresas e individuos que se encuentren en Maryland. Si su cobertura está basada en otro estado, su plan cubre servicios de habilitación; sin embargo, revise su contrato para saber para qué servicios y beneficios es elegible. Si tiene preguntas relacionadas con cualquiera de estos servicios, comuníquese con Servicio a los Miembros al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Visitas a domicilio después de una cirugía

Kaiser Permanente ofrece cobertura de las visitas a domicilio a los miembros a los que se les extirpe un testículo quirúrgicamente. La cobertura incluye una visita a domicilio antes de que pasen 24 horas del alta del hospital o del centro para pacientes ambulatorios y una visita a domicilio más, si así lo indica el médico del miembro. Para ser elegible, el miembro debe permanecer en el hospital menos de 48 horas o recibir el procedimiento como paciente ambulatorio.

Este aviso de cobertura se aplica únicamente a los contratos vendidos a empresas e individuos que se encuentren en Maryland. Revise la cobertura de su contrato para determinar si es elegible para estos beneficios de procedimientos quirúrgicos.

Aumentos propuestos a las tarifas

Si su cobertura se ofrece a través de un empleador pequeño con sede en Maryland o si está cubierto por un plan de beneficios de salud individual de Maryland, debe saber lo siguiente:

- Puede acceder a la información sobre los cambios o los aumentos propuestos para las tarifas de Kaiser Permanente.
- Puede enviar comentarios sobre los cambios o los aumentos propuestos para las tarifas en el sitio web de la Maryland Insurance Administration (Administración de Seguros de Maryland) en healthrates.mdinsurance.state.md.us.

Hospitalización y visitas a domicilio luego de una mastectomía

Kaiser Permanente ofrece beneficios de cirugía reconstructiva de los senos en relación con una mastectomía, según lo exige la Ley Federal de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Federal Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998. La cobertura de la cirugía reconstructiva incluye beneficios relacionados con la mastectomía, como los siguientes:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica;
- prótesis (un seno artificial) y tratamiento de las complicaciones físicas que se producen en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema (hinchazón).

Además, la ley de Maryland exige que la cobertura incluya la hospitalización por un mínimo de 48 horas después de una mastectomía. En caso de que esto se aplique a usted, puede solicitar una hospitalización más breve si, luego de hablar con su médico, decide que el tiempo que necesita para su recuperación es menor. Si la duración de su hospitalización es menor que la que se indicó antes, la cobertura incluye una visita a domicilio programada para llevarse a cabo antes de que pasen 24 horas del alta del hospital o del centro para pacientes ambulatorios y una visita a domicilio más, si así lo indica el médico tratante.

Para obtener más información sobre los beneficios y los servicios disponibles para los miembros de Kaiser Permanente, llame a Servicio a los Miembros al **800-777-7902** (TTY 711).

Beneficios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por uso indebido de sustancias

Si usted es un miembro cubierto por un contrato basado en Maryland, Kaiser Permanente cubre los beneficios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por uso de sustancias como lo exige la ley de Maryland y, según corresponda, la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) de 2008. El cumplimiento de estas leyes significa que cubrimos los beneficios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por uso de sustancias conforme a los mismos términos y condiciones que se establecen para los beneficios cubiertos para el tratamiento de las enfermedades físicas.

Los beneficios para el diagnóstico y tratamiento enfermedades mentales, los trastornos emocionales y los trastornos por uso de sustancias se describen en su contrato de cobertura. Revise su *Evidencia de Cobertura, Acuerdo de Membresía o Certificado de Seguro*, según corresponda, para obtener información específica acerca de sus beneficios con relación a estas enfermedades.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre los beneficios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y trastornos por uso indebido de sustancias que se exigen en el marco de la ley de Maryland o de acuerdo con la Ley Federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Federal Mental Health Parity and Addiction Equity Act) de 2008, puede comunicarse con la Maryland Insurance Administration a la dirección y el número de teléfono que se indican a continuación:

Maryland Insurance Administration
200 Saint Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202
410-468-2000
800-492-6116 (línea telefónica sin costo)
800-735-2258 (TTY)

Información importante relacionada con las instrucciones anticipadas

Es importante que todos los adultos tengan un plan de acción para las situaciones hipotéticas de la vida. Si se lesiona o enferma de repente, ¿estaría preparado? ¿Quién hablaría por usted si no pudiera hacerlo? En Kaiser Permanente, recomendamos a todos los miembros adultos elegir un agente de atención médica (persona que toma decisiones) que pueda representarlo a usted y a sus deseos si alguna vez no puede hacerlo. Converse con su agente de atención médica y sus seres queridos acerca de estos deseos y regístrelos en un documento llamado Instrucciones anticipadas.

Las enfermedades potencialmente mortales pueden ser un tema difícil de tratar, pero la conversación es tan importante como el propio documento. Planificar con antelación puede ayudar a garantizar que se respeten sus decisiones en materia de atención médica, además de aliviar las posibles cargas para su familia y amigos. Asegúrese de hablar sobre dichos deseos con las personas más allegadas a usted, incluidos sus médicos de Kaiser Permanente. Kaiser Permanente tiene un servicio llamado planificación para el cuidado de la vida que puede ayudarle con este proceso. También hay formularios de instrucciones anticipadas disponibles en cada uno de nuestros consultorios médicos de toda la región para que usted pueda documentar futuras decisiones sobre la atención médica. Además, puede descargar un formulario de instrucciones anticipadas de nuestro sitio web de planificación para el cuidado de la vida kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español"). Una vez que haya llenado el formulario, lo puede subir fácilmente a su historia clínica mediante su cuenta de kp.org/espanol. Puede encontrar información adicional sobre la planificación para el cuidado de la vida y las instrucciones anticipadas en kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español"). Además, puede obtener aún más información y recursos sobre las instrucciones anticipadas si llama al **888-594-7437** y si visita estos recursos regionales de instrucciones anticipadas:

Distrito de Columbia: www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/district-of-columbia

Maryland: www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/HealthPolicy/advancedirectives.aspx

Virginia: www.virginiaadvancedirectives.org

Su derecho a decidir

Los adultos pueden decidir por sí mismos si quieren recibir tratamiento médico. Este derecho a decidir (aceptar o no una propuesta de tratamiento) corresponde a los tratamientos que prolongan la vida, como un respirador o una sonda de alimentación. Lamentablemente, un accidente o una enfermedad pueden afectar la capacidad de una persona de tomar decisiones sobre la atención médica, pero las decisiones deben tomarse de todos modos. Si usted no puede hacerlo, otra persona lo hará. Estas decisiones deben reflejar sus propios valores y prioridades.

Según una ley de Maryland conocida como Ley de Decisiones sobre la Atención Médica (Health Care Decisions Act), usted puede planificar la atención médica mediante las "instrucciones anticipadas". Una instrucción anticipada puede usarse para designar un agente de atención médica. Esta persona es alguien en quien usted confía para que tome decisiones sobre la atención médica por usted. Las instrucciones anticipadas también pueden usarse para definir cuáles son sus preferencias respecto a los tratamientos de soporte vital que podrían implementarse.

El Estado ofrece un formulario para hacer esta planificación, el cual se incluye con este folleto. El formulario en su totalidad se llama "Maryland Advance Directive: Planning for Future Health Care Decisions" (Instrucciones anticipadas de Maryland: planificación de futuras decisiones de atención médica). Se compone de tres partes: Parte I: Selección del agente de atención médica; Parte II: Preferencias de tratamiento ("testamento vital"); y Parte III: Firma y testigos.

La finalidad de las instrucciones anticipadas es documentar sus preferencias. Puede llenar todo el formulario o solo una parte, así como cambiar la redacción. La ley no exige que use estos formularios. También se pueden usar diferentes formularios, escritos de la forma que usted quiera. Por ejemplo, un formulario muy elogiado conocido como Cinco Deseos (Five Wishes) está disponible (a un precio módico) por parte de la organización sin fines de lucro Aging with Dignity (Envejecer con dignidad). Puede obtener información sobre ese documento en internet en www.agingwithdignity.org (en inglés) o escribir a la siguiente dirección:

Aging with Dignity
P.O. Box 1661
Tallahassee, FL 32302

Este formulario opcional puede llenarse sin tener que ir a un abogado. Pero si hay algo que no entiende sobre la ley o sus derechos, quizá quiera hablar con un abogado. También puede pedirle a su médico que le explique los temas médicos, incluidos los posibles beneficios o riesgos de las distintas opciones. Debe decirle a su médico que usted definió instrucciones anticipadas y proporcionar una copia al profesional y a otras personas que pudieran participar en la toma de estas decisiones en su nombre en el futuro.

En la parte III del formulario, necesita dos testigos de su firma. Casi cualquier adulto puede ser testigo. No obstante, si usted designa a un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no pueda beneficiarse financieramente con su muerte ni administrar sus bienes. No es necesario que certifique el formulario con un notario.

El documento Maryland Advance Directive también incluye una sección opcional llamada "After My Death" (Después de mi muerte). Esta sección tiene cuatro partes: parte I, "Organ Donation" (Donación de órganos); parte II, "Donation of Body" (Donación del cuerpo); parte III, "Disposition of Body and Funeral Arrangements" (Preparación del cuerpo y arreglos funerarios); y parte IV, "Signature and Witnesses" (Firma y testigos).

Una vez que establece una instrucción anticipada, esta permanece vigente a menos que la revoque. No caduca, y nadie excepto usted puede cambiarla. Debe revisar de tanto en tanto lo que ha decidido. Puede que sus circunstancias o puntos de vista cambien. Usted es libre de cambiar o revocar una instrucción anticipada en cualquier momento, siempre y cuando siga teniendo la capacidad de tomar decisiones. Avise a su médico y a todas las personas que tengan una copia de sus instrucciones anticipadas si las cambia o las revoca.

Si usted ya tiene instrucciones anticipadas, un testamento vital o un poder notarial para la atención médica de Maryland, dicho documento aún es válido. Además, si definió instrucciones anticipadas en otro estado, también son válidas en Maryland. Se recomienda que revise estos documentos para determinar si prefiere establecer en su lugar nuevas instrucciones anticipadas.

Parte I de las instrucciones anticipadas: selección del agente de atención médica

Usted puede designar a cualquier persona que desee (excepto, en general, a alguien que trabaje en un centro de atención médica donde usted reciba atención) para que sea su agente de atención médica. Para designar a un agente de atención médica, use la parte I del formulario de instrucciones anticipadas. (Algunas personas se refieren a este tipo de instrucciones anticipadas como "poder notarial para la atención médica"). Su agente hablará por usted y tomará decisiones basadas en lo que usted desearía que se hiciera o en lo que sea mejor para usted. Usted decide cuánto poder tendrá su agente para tomar decisiones de atención médica. También puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder (de inmediato o después de que su médico determine que usted no es capaz de decidir por sí mismo).

Cómo se les paga a los médicos de Kaiser Permanente

Definiciones de cómo los planes de salud pueden pagarles a los médicos por los servicios de atención médica que usted recibe, con un ejemplo sencillo de cómo funciona cada mecanismo de pago. En el ejemplo se muestra la remuneración que recibiría la Dra. Jones, una obstetra y ginecóloga, según cada método de pago.

Salario 0 %¹	El médico es un empleado de la organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) y se le paga una remuneración (salarios monetarios) por proporcionar servicios específicos de atención médica. Dado que la Dra. Jones es una empleada de una HMO, recibe su salario quincenal habitual independientemente de la cantidad de pacientes que atiende o de la cantidad de servicios que ofrezca. Durante los meses en que ha prestado atención prenatal a la Sra. Smith, que es miembro de la HMO, el salario de la Dra. Jones no ha cambiado. El bebé de la Sra. Smith nació por cesárea, un procedimiento más complicado que un parto vaginal, pero eso no tiene ningún efecto sobre el salario de la Dra. Jones.
--------------------------------	--

¹ El plan de salud tiene contrato exclusivamente con Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C. (MAPMG o Permanente), el cual cuenta con aproximadamente 1,700 médicos que trabajan a medio tiempo o tiempo completo. En 2021, MAPMG brindó más del 96 % de los servicios médicos que se proporcionaron a las personas inscritas en Kaiser Permanente. MAPMG recibe un pago presupuestario que se calcula según las membresías y la utilización esperadas; este método de remuneración no constituye capitación, según se define en las normas de Maryland sobre los seguros. Es posible que este acuerdo no se refleje como corresponde en las categorías de remuneración que se mostraron anteriormente.

Puede elegir a un familiar como agente de atención médica, pero no es obligatorio. Recuerde que su agente tendrá el poder de tomar decisiones importantes sobre el tratamiento, incluso si otras personas cercanas a usted recomiendan tomar una decisión diferente. Elija a la persona que esté mejor calificada para ser su agente de atención médica. También piense en elegir uno o dos agentes sustitutos, en caso de que su primera elección no esté disponible cuando sea necesario. Asegúrese de informar a la persona elegida y de que entienda lo que es más importante para usted. Cuando llegue el momento de tomar decisiones, su agente de atención médica deberá seguir las instrucciones que usted redactó.

Tenemos un folleto útil que puede darle a su agente de atención médica. Se llama *Making Medical Decisions for Someone Else: A Maryland Handbook (Cómo tomar decisiones médicas por otra persona: un manual de Maryland)*. Para obtener una copia en internet, usted o su agente pueden visitar la página principal del Procurador General, marylandattorneygeneral.gov, y hacer clic en "Guidance for Health Care Proxies" (Guía para los documentos de poderes legales para la atención médica). Puede solicitar una copia al **410-576-7000**.

El formulario que se incluye con este folleto no le otorga a nadie el poder de administrar su dinero. No tenemos un formulario estándar para enviarle. Hable con su abogado sobre la planificación de las cuestiones financieras en caso de incapacidad.

Parte II de las instrucciones anticipadas: preferencias de tratamiento ("testamento vital")

Usted tiene el derecho de usar instrucciones anticipadas para expresar lo que quiere acerca de temas relacionados con el tratamiento de soporte vital en el futuro. Puede hacer esto en la parte II del formulario. Si designa a un agente de atención médica y también toma decisiones sobre tratamiento en las instrucciones anticipadas, es importante que aclare (en la parte II, párrafo G) si desea que su agente esté estrictamente obligado a seguir cualquier decisión sobre tratamiento que usted tome.

La parte II es un testamento vital. Le permite decidir acerca de los procedimientos de soporte vital en tres situaciones: cuando la muerte por una enfermedad terminal es inminente a pesar de la implementación de procedimientos de soporte vital; si se encuentra en una condición de inconsciencia permanente llamada estado vegetativo persistente; y en caso de una condición en fase terminal, que es una condición avanzada, progresiva e incurable que produce la dependencia física completa. Un ejemplo de condición en fase terminal podría ser la enfermedad de Alzheimer avanzada.

Cómo se les paga a los médicos

La remuneración para los médicos que ofrecen servicios de atención médica a nuestros miembros asegurados o personas inscritas puede basarse en una amplia variedad de mecanismos de pago, como los pagos por servicio, un salario o la capitación. Es posible que se usen bonificaciones con estos diferentes tipos de métodos de pago. Si quiere obtener información adicional sobre nuestros métodos de pago a los médicos o si quiere saber cuáles métodos se aplican a su médico, llame a Kaiser Permanente al **800-777-7902 (TTY 711)** o escriba a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente Member Services
2101 E. Jefferson St.
Rockville, MD 20852

Capitación 95 %¹	En virtud de este tipo de acuerdo contractual, la Dra. Jones participa en la red de una HMO. No es empleada de la HMO. Su contrato con la HMO estipula que se le paga un cierto monto cada mes por los pacientes que la eligen como su médica. Dado que la Sra. Smith es miembro de la HMO, el pago mensual de la Dra. Jones no cambia por brindar atención continua a la Sra. Smith. El monto de la capitación que se le paga a la Dra. Jones es el mismo si la Sra. Smith requiere servicios de obstetricia o no.
Pago por servicio 0 %¹	El médico cobra un cargo por cada visita del paciente, procedimiento médico o servicio médico que proporciona. Una HMO paga el costo total a los médicos que tiene contratados, y una aseguradora paga la totalidad o parte de ese costo, según el tipo de cobertura. Se espera que el paciente pague el resto. El contrato de la Dra. Jones con la aseguradora o la HMO estipula que la Dra. Jones percibirá honorarios por cada visita de un paciente y cada servicio que preste. El monto del pago que recibe la Dra. Jones dependerá de la cantidad, de los tipos y de la complejidad de los servicios que brinde, así como del tiempo que pase prestando servicios a la Sra. Smith. Como los partos por cesárea son más complicados que los partos vaginales, la Dra. Jones cobra más por atender el parto de la Sra. Smith que por un parto vaginal. Es posible que la Sra. Smith sea responsable del pago de una parte de la factura de la Dra. Jones.
Costo descontado por servicio 5 %¹	El pago es menor que la tarifa que generalmente recibe el médico por cada visita del paciente, procedimiento médico o servicio. Este acuerdo es el resultado de un contrato entre el pagador, que obtiene costos más bajos, y el médico, que suele recibir un mayor volumen de pacientes. Al igual que el pago por servicio, este tipo de acuerdo contractual implica que la aseguradora o la HMO pagan a la Dra. Jones por cada visita y cada parto. Pero, según este acuerdo, la tarifa, pactada con antelación, es inferior a los honorarios habituales de la Dra. Jones. El contrato de la Dra. Jones espera atender a una cantidad determinada de pacientes. Por cada procedimiento que realice, la aseguradora o la HMO le pagarán una tarifa con descuento a la Dra. Jones.
Bonificación 0 %¹	Se paga un monto adicional a los médicos, además de lo que ganen por salario, capitación, pago por servicio u otro tipo de acuerdo de pago. Las bonificaciones pueden basarse en diversos factores, como la satisfacción de los miembros, la calidad de la atención, el control de los costos y el uso de los servicios. Las HMO recompensan al personal médico o a los médicos contratados que han mostrado calidad y productividad superiores a las promedio en su trabajo. Dado que la Dra. Jones ha asistido a tantos partos y que ha sido muy bien valorada por sus pacientes y compañeros médicos, la Dra. Jones recibirá un premio monetario además de su remuneración habitual.
Tarifa por caso 0 %¹	La HMO o la aseguradora y el médico aceptan de antemano que el pago abarcará una serie de servicios que tanto el médico como el hospital brinden en una sesión de atención. En este tipo de acuerdo, se establece cuánto dinero pagarán la aseguradora o la HMO por los servicios de obstetricia que reciba una paciente. Todas las consultas de atención prenatal y posnatal, así como los cargos del parto y del hospital, se incluyen en un costo. El contrato de la Dra. Jones, el hospital y los demás proveedores (como el anestesiólogo) dividirán el pago que la aseguradora o la HMO realicen por la atención que se brindó a la Sra. Smith.

Remuneración de los proveedores de servicios de salud mental

Es importante para nosotros que usted entienda cómo se les paga a los proveedores de servicios de salud mental. Brindamos a nuestros miembros acceso a los servicios de salud mental mediante distintos tipos de proveedores, a los que se remunera de distintas maneras. Otorgamos remuneración a cada proveedor de acuerdo con su relación con el plan de salud. Las relaciones pueden ser las siguientes:

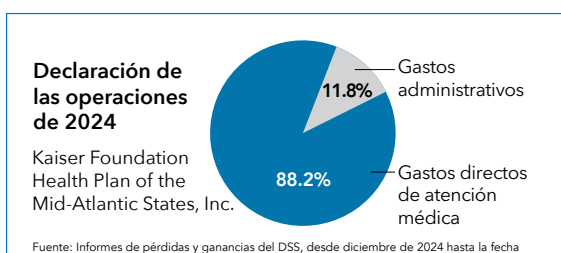
- proveedores, como trabajadores sociales y psicólogos clínicos, que son empleados del plan de salud y a los que se les paga un salario;
- médicos de Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P. C. (MAPMG), a los que MAPMG les paga un salario y quienes reciben un pago por capitación de Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., para brindar servicios médicos a nuestros miembros;
- proveedores contratados que reciben pagos de costos descontados por los servicios que les brindan a los miembros;
- una organización de salud mental administrada que recibe pagos de costos descontados por servicio.

Este acuerdo se estableció gracias al contrato entre Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., MAPMG y la organización de salud mental administrada. Si desea obtener más información sobre nuestros métodos de pago a los proveedores o si desea saber qué métodos se usan para pagar a su proveedor, comuníquese con Servicio a los Miembros al **800-777-7902 (TTY 711)**. También puede escribirnos a esta dirección:

Kaiser Permanente Member Services
2101 E. Jefferson St.
Rockville, MD 20852

Cómo se gasta el dinero de la prima

Para que analice y compare las opciones de planes de salud, consideramos que debe recibir información sobre varios temas. Para nosotros, es importante que entienda qué parte del dinero de su prima se destina a los costos de la prestación de atención médica, en lugar de a la administración del plan, las ganancias y demás aspectos. Observe el siguiente gráfico para obtener más información sobre cómo se gasta el dinero de la prima.



Cómo protegemos su privacidad

Mantener el carácter confidencial de su información personal y médica, independientemente de si es oral, escrita o electrónica, es una parte importante de nuestro compromiso de proporcionarle atención médica de calidad. Nos comprometemos a darle una explicación completa de nuestra política de privacidad y a decirle cómo afecta su información.

Aviso de privacidad anual

La descripción completa de nuestras prácticas de privacidad aparece en nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)*. En algunos estados, se requiere que le proporcionemos esta explicación adicional de nuestras prácticas de privacidad todos los años. El objetivo es comunicarle qué tipos de información que lo identifican individualmente se han recopilado; cómo se usa esa información; los casos en los que la compartimos dentro de nuestro programa de atención médica; y los casos en los que la información financiera y médica personal y no pública se divulga a personas fuera de nuestro programa.

Nuestra política

El Kaiser Permanente Medical Care Program se compromete a proteger la privacidad de sus miembros y pacientes, aunque dejen de serlo. Consideramos que mantener la confidencialidad de su información médica personal (que puede incluir su raza u origen étnico, idioma, identidad de género, orientación sexual, preferencia de pronombre o información genética) y su información financiera es importante para nuestra misión de proporcionar atención de calidad a nuestros miembros. Aplicamos políticas respecto a la confidencialidad de la información médica y financiera que lo identifica individualmente, incluidas las políticas correspondientes al acceso a las historias clínicas y la divulgación de información médica y financiera. Todo el personal y los empleados de Kaiser Permanente tienen la obligación de proteger la confidencialidad de la información médica y financiera que pueda identificar individualmente a nuestros miembros actuales y anteriores. Está prohibida la divulgación no autorizada de información médica y financiera que lo pueda identificar individualmente. Los médicos, los profesionales médicos, los profesionales de la salud y los proveedores que tienen contrato con Permanente Medical Group también están sujetos a proteger la confidencialidad.

Información recopilada

Recopilamos información médica y financiera personal y no pública de varios tipos, ya sea que se la pidamos a usted o a otras fuentes, para brindar los servicios de atención médica y el servicio al cliente, evaluar los beneficios y los reclamos, administrar la cobertura de salud, y cumplir los requisitos legales y normativos.

Esto abarca la información médica, que incluye registros hospitalarios e historias clínicas, registros de salud mental, resultados de análisis de laboratorio, informes de radiografías, registros farmacéuticos y registros de citas.

A continuación, verá otros ejemplos de los tipos de información que recopilamos:

- información de encuestas, solicitudes y formularios relacionados, como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, género, estado civil y dependientes;
- información de su relación con Kaiser Permanente, como la cobertura médica adquirida, los servicios médicos recibidos, los saldos de la cuenta, el historial de pagos y el historial de reclamos;
- información proporcionada por su empleador, el patrocinador de su plan de beneficios o su asociación respecto a la cobertura de grupo, si es que tiene alguna;
- información de agencias de consumidores, agencias de informes médicos u otras fuentes, como el historial crediticio, el historial médico, los antecedentes financieros y la información demográfica;
- información de los visitantes de nuestros sitios web, como de los formularios en línea, los datos de visitas del sitio y otras comunicaciones en línea.

Usos de la información que se comparte

Será necesario usar o compartir cierta información médica y financiera personal y no pública de los miembros actuales y anteriores como parte de las actividades normales de la empresa y al brindarle servicios de forma habitual. Podemos usar o divulgar información médica financiera personal y no pública en ciertos casos, como los siguientes:

- La información médica y financiera personal se compartirá únicamente si se cuenta con autorización previa por escrito, como lo exige la ley, o sin autorización por escrito, siempre y cuando así lo exija o lo permita expresamente la ley.
- La información médica y financiera personal se compartirá dentro del Kaiser Permanente Medical Care Program para brindarle los servicios y cumplir con nuestras responsabilidades según la ley, como la garantía de la calidad, la revisión de aptitudes o certificaciones de los proveedores de atención médica, los programas de capacitación de los proveedores de atención médica, los programas de cumplimiento y de detección de fraude y abuso, la autorización, la obtención de licencias y certificaciones, la investigación, la recopilación de información para uso en procesos legales, la facturación y el pago.
- La información demográfica, como la información de su solicitud de inscripción, puede compartirse dentro de nuestro programa para que podamos brindarle servicio al cliente o darle mantenimiento a la cuenta en relación con sus beneficios.
- Si está inscrito en Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., por medio de su empleador o una organización de empleados, es posible que compartamos cierta información médica protegida (*protected health information*, PHI) con ellos sin su autorización, siempre y cuando la ley nos lo permita. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para un reclamo de compensación del trabajador o para determinar si está inscrito en el plan o si las primas se han pagado en su nombre.
- El Kaiser Permanente Medical Care Program puede usar información, como su nombre, dirección o número de teléfono, para decirle si hay otros productos o servicios que podrían ser útiles o beneficiosos para usted.
- De acuerdo con la Ley sobre Informes de Crédito Justos (Fair Credit Reporting Act), tenemos permitido compartir su nombre, dirección y datos acerca de las transacciones y las experiencias con nosotros (como el historial de pagos) dentro del Kaiser Permanente Medical Care Program.

Información que se comparte con terceros no afiliados

Ocasionalmente divulgamos información médica y financiera personal y no pública de los miembros actuales y anteriores fuera del Kaiser Permanente Medical Care Program para las siguientes actividades:

- Por lo general, según la ley estatal y federal, es necesario que divulguemos información médica y financiera si así lo exige un tribunal, una junta, una comisión o un organismo administrativo; una parte de un proceso ante un tribunal o una audiencia administrativa de conformidad con una citación u otra disposición que autorice la exhibición; un árbitro o un panel de arbitraje; una orden de allanamiento; o un médico forense.
- Según la ley estatal y federal, también podrían ser necesarias otras divulgaciones, por ejemplo, antecedentes de enfermedades contagiosas, registros de la seguridad de los trabajadores o de accidentes industriales revelados a organismos públicos, información de nacimiento y muerte, y registros estatales de tumores.

- La ley estatal y federal permite la divulgación de información médica sin la autorización del paciente en casos específicos, por ejemplo, la revelación a los proveedores o planes de salud para fines de diagnóstico o tratamiento de un paciente (incluso electrónicamente a través de una red de intercambio de información de salud), al personal médico de emergencia, a los comités de revisión de pares, a las instituciones públicas que otorgan licencias y a los organismos privados de acreditación.
- La información puede compartirse con otras empresas que brinden servicios en nuestro nombre para generar y enviar información por correo a nuestros clientes respecto a los productos y los servicios.

Protección de la información

El Kaiser Permanente Medical Care Program protege el carácter confidencial y la seguridad de la información privada de los miembros actuales y anteriores.

Contamos con medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales que cumplen con las normas federales y estatales para proteger su información privada y evitar que se tenga acceso no autorizado a esa información. El acceso de los empleados a la información médica y financiera personal se da conforme se requiera debido a las actividades de la empresa, como para tomar decisiones sobre los beneficios, pagar reclamos, administrar la atención, controlar la calidad de la atención, determinar si se presta o niega la cobertura con base en una evaluación de riesgos, administrar un plan o brindar servicio al cliente.

Se encuentra disponible el Aviso sobre Prácticas de Privacidad regional

En nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad regional*, que usted ya recibió, se describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. Este aviso forma parte de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), que entró en vigor en 2003. La información médica protegida es una parte importante de la HIPAA.

Hicimos cambios a nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad regional*, que están en vigencia desde el 23 de septiembre de 2013. Tenemos la obligación de avisarle cuando hacemos estos cambios.

Algunos de los cambios son los siguientes:

- Se amplió la definición de información médica protegida (PHI).
- Agregamos nuestra responsabilidad de notificarle si se produce una violación de su PHI no asegurada.
- Agregamos su derecho a solicitar su PHI en formato electrónico o pedir que se envíe a un tercero y solicitar que la PHI sobre su tratamiento no se comparta con el plan de salud, siempre y cuando pague el costo total de ese trámite de su propio bolsillo.

Además, aclaramos partes de nuestras prácticas de privacidad. Estas explican:

- cómo podemos usar o divulgar su PHI para verificar su identidad, para intercambiar información médica cuando reciba tratamiento en otro lugar, para realizar una evaluación de riesgos y para recaudar fondos;
- casos en los que podemos solicitar su autorización para usar o divulgar su PHI, por ejemplo, para la comercialización, la venta de PHI y las notas de psicoterapia.

Se encuentra disponible el *Aviso sobre Prácticas de Privacidad regional* completo en línea en <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/maryland-virginia-washington-dc/privacy-practices>.

Kaiser Permanente administra una red de intercambio de información médica (*health information exchange*, HIE) entre sus regiones de Kaiser Permanente y también participa en varias redes de HIE con otros proveedores de atención médica fuera de Kaiser Permanente que tienen sistemas de historias clínicas electrónicas. Compartir información de manera electrónica es una forma más rápida de enviar su información médica a otros proveedores de atención médica que lo atienden para que puedan tomar decisiones de tratamiento en su nombre. Puede elegir no compartir su información a través de nuestras redes de HIE en cualquier momento. Para hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente a la dirección 2101 E. Jefferson St., Rockville, MD 20852, o a las líneas telefónicas sin costo **800-464-4000** o **301-879-6380** (TTY **711**). Si elige no compartir su información, los proveedores de atención médica que lo atienden podrían llamar a Kaiser Permanente y pedir que su información médica se proporcione de otra forma, como por fax, en lugar de acceder a la información por medio de la red de HIE.

Esto se aplica a los miembros del plan de salud totalmente asegurados y a pacientes actuales o anteriores de Kaiser Foundation Hospitals y Kaiser Permanente Medical Groups regionales.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**) .

Bàsɔ̀̀ Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké m̀ Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nyò jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béìn m̀ gbo kpáá. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**) 。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na i na asụ Igbo, orụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902 (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。**1-800-777-7902 (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. **1-800-777-7902 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.


اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (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 **1-800-777-7902 (TTY: 711)**.

Centros de atención médica de Kaiser Permanente

Maryland

- 1 Abingdon Medical Center
- 2 Annapolis Medical Center
- 3 **FUTURA UBICACIÓN**
Centro médico en Aspen Hill
- 4 Kaiser Permanente Baltimore Harbor Medical Center
- 5 Bowie Fairwood Medical Center
- 6 Camp Springs Medical Center
- 7 Columbia Gateway Medical Center
- 8 Kaiser Permanente Frederick Medical Center
- 9 Gaithersburg Medical Center
- 10 Kensington Medical Center
- 11 Largo Medical Center
- 12 Lutherville-Timonium Medical Center
- 13 Marlow Heights Medical Center
- 14 North Arundel Medical Center
- 15 Shady Grove Medical Center
- 16 Silver Spring Medical Center
- 17 South Baltimore County Medical Center
- 18 **FUTURA UBICACIÓN**
Centro médico en Waldorf
- 19  Friendship Heights
by KAISER PERMANENTE.
- 20 West Hyattsville Medical Center
- 21 White Marsh Medical Center
- 22 Woodlawn Medical Center

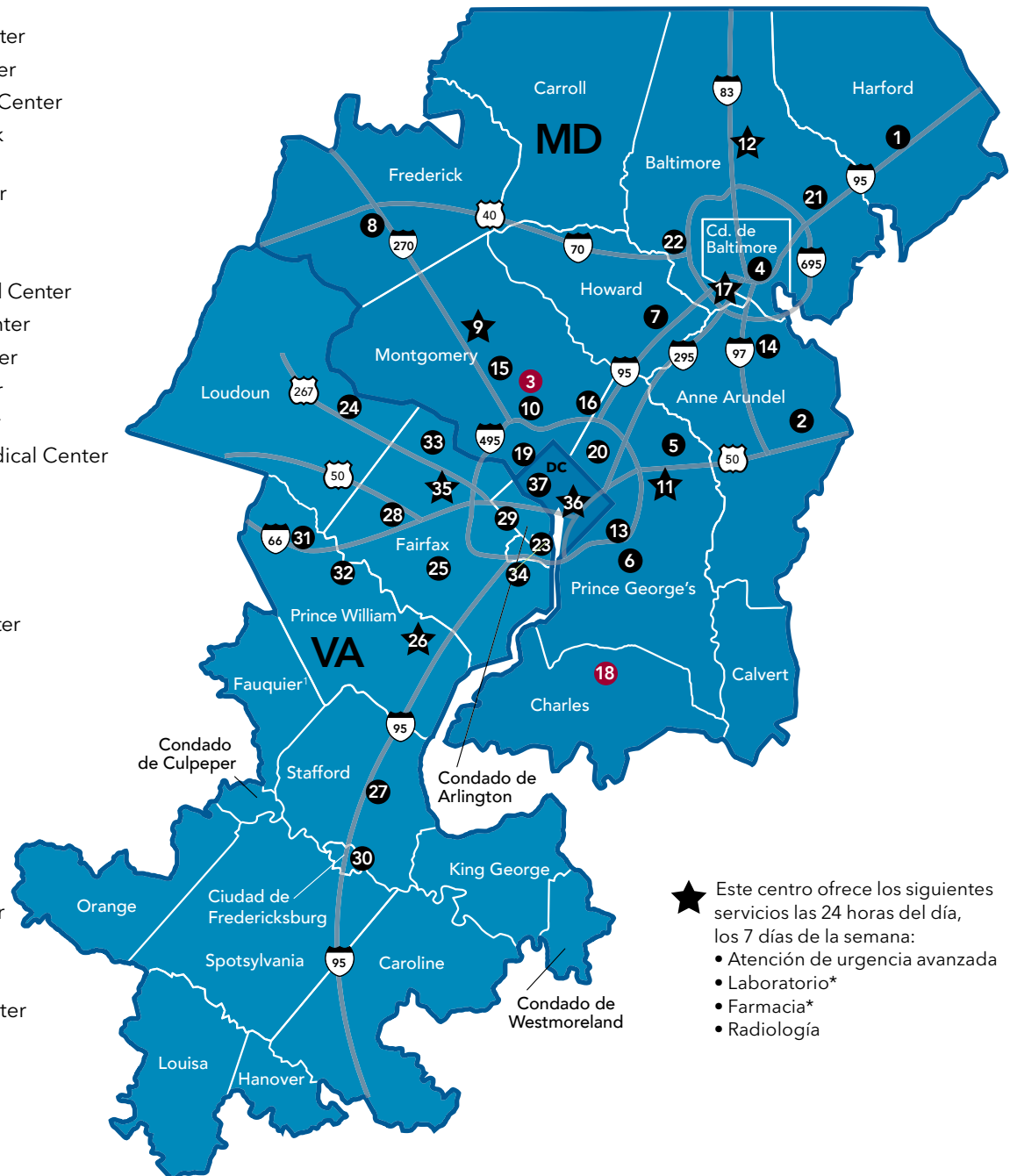
Virginia

- 23 Alexandria Medical Center
- 24 Ashburn Medical Center
- 25 Burke Medical Center
- 26 Caton Hill Medical Center
- 27 Colonial Forge Medical Center
- 28 Fair Oaks Medical Center
- 29 Falls Church Medical Center
- 30 Fredericksburg Medical Center
- 31 Haymarket Crossroads Medical Center
- 32 Manassas Medical Center

- 33 Reston Medical Center
- 34 Springfield Medical Center
- 35 Tysons Corner Medical Center

Washington D. C.

- 36 Kaiser Permanente Capitol Hill Medical Center
- 37 Northwest DC Medical Office Building



- ★ Este centro ofrece los siguientes servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana:
- Atención de urgencia avanzada
 - Laboratorio*
 - Farmacia*
 - Radiología

*Horarios extendidos de farmacia en Gaithersburg y Lutherville-Timonium; horarios extendidos de laboratorio en Caton Hill y Tysons Corner.

Visite kp.org/ubicaciones para obtener la lista más actualizada de los servicios disponibles en los centros médicos de Kaiser Permanente.

†El área de servicio de Kaiser Permanente en el condado de Fauquier incluye los siguientes códigos postales: 20115, 20116, 20117, 20119, 20128, 20137, 20138, 20139, 20140, 20144, 20181, 20184, 20185, 20186, 20187, 20188, 20198, 22406, 22556, 22639, 22642, 22643, 22720, 22728, y 22739.



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan
of the Mid-Atlantic States, Inc.
4000 Garden City Drive, Hyattsville, MD 20785
2024CP0196 MAS 11/30/24-12/31/25

kp.org/espanol